

Philipp Höhlig

Ambulante Psychotherapie für Kinder und
Jugendliche in sozialen Brennpunkten

—

Kritische Diskussion einer angemessenen
Versorgung am Beispiel zweier Großstädte

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Philipp Höhlig

Ambulante Psychotherapie für Kinder und
Jugendliche in sozialen Brennpunkten

—

Kritische Diskussion einer angemessenen
Versorgung am Beispiel zweier Großstädte

eingereicht als
MASTERARBEIT
an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2018

Erstprüfer: Dipl.-Psych. Ronald Schmidt

Zweitprüferin: Prof.in Dr.in phil. Isolde Heintze

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildungsverzeichnis | 1 |
| Einleitung | 3 |
| 1. Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | 6 |
| 1.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V | 7 |
| 1.1.1 Abgrenzung der Psychotherapie als Krankenbehandlung | 8 |
| 1.1.2 Verfahren und Voraussetzung für deren Anerkennung | 9 |
| 1.1.3 Anwendungsformen und -bereiche | 10 |
| 1.1.4 Akutbehandlung und Behandlungsumfang | 11 |
| 1.1.6 Antragsverfahren | 12 |
| 1.2 Therapeutische Leistungen im Rahmen des SGB VIII | 13 |
| 1.2.1 Erziehungsberatung | 14 |
| 1.2.1.1 Geschichte | 15 |
| 1.2.1.2 Fachkräfte | 19 |
| Exkurs: Blick in die Praxis | 21 |
| 1.2.2 Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie im SGB VIII | 25 |
| 1.2.2.1 Geschichte | 26 |
| 1.2.2.2 Rechtsgutachten | 30 |
| 1.2.2.3 Indikation | 31 |
| 1.2.2.4 Behandlungsziele | 31 |
| 1.2.2.5 Leistungen | 32 |
| 1.2.2.6 Behandlungsumfang | 33 |
| 1.2.2.7 Wirksamkeit | 33 |
| 1.2.2.8 Qualifizierung der Therapeut_innen | 35 |
| 1.2.2.9 Antragsverfahren | 37 |

| | | |
|---------|---|----|
| 2. | Identifizierung je eines sozialen Brennpunkts in Dresden und Berlin | 38 |
| 2.1 | Kindeswohlgefährdung | 39 |
| 2.1.1 | Dresden | 42 |
| 2.1.2 | Berlin | 44 |
| 2.2 | Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch II | 46 |
| 2.2.1 | Dresden | 47 |
| 2.2.2 | Berlin | 49 |
| 2.3 | Alleinerziehende | 51 |
| 2.3.1 | Dresden | 51 |
| 2.3.2 | Berlin | 53 |
| 2.4 | Bildungsniveau | 54 |
| 2.4.1 | Dresden | 54 |
| 2.4.2 | Berlin | 56 |
| 3. | Hilfebedarf und Versorgungslage | 58 |
| 3.1 | Psychotherapeutischer Hilfebedarf | 58 |
| 3.1.1 | Dresden/Prohlis | 59 |
| 3.1.2 | Berlin/Reinickendorf | 59 |
| 3.2 | Versorgungslage | 60 |
| 3.2.1 | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V | 60 |
| 3.2.1.1 | Dresden/Prohlis | 61 |
| 3.2.1.2 | Berlin/Reinickendorf | 63 |
| 3.2.2 | Erziehungsberatung | 64 |
| 3.2.2.1 | Dresden/Prohlis | 64 |
| 3.2.2.2 | Berlin/Reinickendorf | 65 |
| 3.2.3 | Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie | 65 |
| 3.3 | Tabellarische Zusammenfassung der Versorgungssituation | 66 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4. | Fazit | 68 |
| 4.1 | Ergebnisse | 69 |
| 4.2 | Schwierigkeiten | 72 |
| 4.3 | Schlussfolgerungen | 74 |
| | Literaturverzeichnis | 79 |
| | Anlagen | 85 |
| | Erklärung zur selbstständigen Anfertigung | |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|--|----|
| Abbildung 1: | Zusatzqualifikationen der Fachkräfte in Erziehungs- beratungsstellen 2010 | 20 |
| Abbildung 2: | Verfahren zur Kindeswohlgefährdung 2016 nach Ergebnis und Art | 41 |
| Abbildung 3: | Verteilung der KWG-Meldungen nach Prüfung und Bewertung der Fälle in Gefährdungsgrade | 42 |
| Abbildung 4: | 2016 eingegangene KWG-Meldungen je ASD im Ver- hältnis zur Gesamtzahl aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren, welche im genannten Ortsamtsbereich zum Zeitpunkt leben | 44 |
| Abbildung 5: | Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls 2014 nach dem Ergebnis des Verfahrens | 45 |
| Abbildung 6: | Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls 2014 je 1000 Kinder und Jugendliche nach Bezirken | 46 |
| Abbildung 7: | Unter-15-jährige Regelleistungsberechtigte nach SGB II 2016 | 48 |
| Abbildung 8: | SGB-II-Quoten nach Berliner Bezirken 2014 | 50 |
| Abbildung 9: | Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II unter 15 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011 | 50 |
| Abbildung 10: | Anteil Alleinerziehender an Haushalten mit Kindern 2016 | 52 |
| Abbildung 11: | Alleinerziehende Haushalte 2014 | 53 |
| Abbildung 12: | Schulempfehlungen für sonderpädagogischen Förder- bedarf und Rückstellungsempfehlungen für die Schul- jahre 2011/12 und 2012/13 nach Stadtteilen | 55 |
| Abbildung 13: | Schulbildung in den Berliner Bezirken | 56 |
| Abbildung 14: | Verteilung der Kinder- und Jugendlichenpsychothera- peut_innen sowie der Psychologischen Psychothera- peut_innen in Dresden | 62 |

Einleitung

In der vorliegenden Arbeit finden zwei Themenkomplexe Eingang, die in den vergangenen Jahren regelmäßig und meist unabhängig voneinander medial diskutiert wurden: Kinderarmut und psychische Störungen. Den Debatten hierüber ist gemein, dass zum einen das öffentliche Interesse nach einem kurzen Höhepunkt recht schnell wieder abnimmt und zum anderen beide häufig im Zusammenhang mit einem volkswirtschaftlichen Schaden debattiert werden – was angesichts des individuellen Leids, welches Armut und psychische Erkrankungen zur Folge haben, einen faden Beigeschmack hinterlässt.

Nichtsdestotrotz besteht hierin wiederum auch die Chance, dass bei den Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft ein Umdenken einsetzt. Wenngleich von vielen Verantwortungsträger_innen die Auswirkungen von Armut und psychischer Erkrankung auf den einzelnen Menschen wenig Beachtung finden beziehungsweise als alternativloser Kollateralschaden unseres Wirtschaftssystems betrachtet werden, so ist doch der Schaden für den Wirtschaftsstandort Deutschland in einem Maße bedenklich, das schon aus ökonomischer Sicht kein Wegschauen der Verantwortlichen duldet. Die Diskussion um den Fachkräftemangel – unter anderem infolge einer wachsenden bildungsfernen Schicht, die nahezu kongruent mit dem armen beziehungsweise armutsgefährdeten Bevölkerungsteil ist, in einer zunehmend wissens- statt industriebasierten Wirtschaft einerseits sowie des temporären oder dauerhaften Ausfalls vieler Fachkräfte durch Krankenschreibung und Frühverrentung infolge einer psychischen Erkrankung andererseits – wirkt mitunter hysterisch. Sie kann jedoch auch denjenigen Menschen Hoffnung auf Veränderung machen, welche die/den Einzelne_n im professionellen Blick haben und aus ethischen Gründen auf eine Verbesserung der Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher sowie deren Eltern drängen.

Daher richtet sich diese Arbeit allen voran an Professionelle, die an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Jugendhilfe tätig sind, denn an

dieser wird deutlich, dass es eben notwendig ist, beide oben genannte Themenkomplexe gemeinsam zu betrachten. Belegen lässt sich deren Zusammenhang unter anderem mit Ergebnissen der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (KiGGS) der Bundesministerien für Gesundheit sowie für Bildung und Forschung in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut: Einer durchschnittlichen Prävalenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren mit erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten von 20 % steht bei niedrigem Sozialstatus eine Prävalenz von 33,5 % gegenüber (vgl. Hölling u.a. 2014, S. 812). Während im Bevölkerungsquerschnitt also jedes fünfte Kind gefährdet ist, an einer psychischen Störung zu erkranken, so ist es im armen oder armutsgefährdeten Bevölkerungsteil gar jedes dritte Kind.

Angesichts dieser alarmierenden Zahlen stellt sich die Notwendigkeit:

- bisherige Lösungen für solcherlei Missstände kritisch zu diskutieren,
- zu untersuchen, inwieweit diese Lösungen angemessen und für Betroffene sowie für Professionelle praktikabel sind beziehungsweise wo sie bislang erfolglos blieben und
- welche Konsequenzen die Ergebnisse einer solchen Betrachtung für die künftige Debatte haben müssen.

Die vorliegende Arbeit möchte zu dieser Diskussion einen Beitrag leisten. Zunächst wird im ersten Kapitel erläutert, welche Formen ambulanter Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche betrachtet werden sollen, wobei neben den klassischen therapeutischen Leistungen des Gesundheitswesens vor allem diejenigen der Jugendhilfe im Vordergrund stehen. Im zweiten Kapitel wird je ein Stadtteil von Dresden und Berlin identifiziert, der gemeinhin als sozialer Brennpunkt oder Problemviertel bezeichnet wird und in welchem ein erhöhter Bedarf an Psychotherapie für Kinder und Jugendliche anzunehmen ist.

Im Anschluss werden der psychotherapeutische Hilfebedarf und die Versorgungssituation beider Stadtteile sowie diesbezüglich Gemeinsam-

keiten und Unterschiede zwischen beiden Städten beschrieben. Es wird dabei zum einen untersucht, inwieweit die Versorgung einer behandlungsbedürftigen Klientel im Rahmen des Gesundheitswesens bedarfsgerecht ist beziehungsweise an ihre Grenzen stößt. Zum anderen werden im Gegenzug der kassenfinanzierten Krankenbehandlung bezüglich einer bedarfsgerechten Versorgung alternative psychotherapeutische Interventionen der Jugendhilfe gegenübergestellt.

1. Ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Im Folgenden soll definiert werden, welche Arten der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche genauer betrachtet werden. Unter dem Begriff der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird in der Regel diejenige nach dem fünften Sozialgesetzbuch verstanden, welches alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammenfasst. Wie wir folgend sehen werden, ist jedoch eine über das SGB V hinausgehende Betrachtung von ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erforderlich, insbesondere, was die ambulanten therapeutischen Leistungen im Rahmen des SGB VIII betrifft.

Neben der Komm-Struktur, also dem Aufsuchen der/des Therapeut_in durch die/den Klient_in/Patient_in beziehungsweise ihrer/seiner Eltern, sind sowohl der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche nach SGB V als auch den therapeutischen Leistungen nach SGB VIII, die in Kapitel 1.2 genauer beschrieben werden, einige Merkmale des Settings gemein und werden im Folgenden kurz vorgestellt:

a) Anzahl der Personen

In der Regel umfasst das therapeutische Setting die/den Patient_in beziehungsweise Klient_in einerseits, die/den Therapeut_in andererseits. Darüber hinaus sind vor allem Gespräche mit den Eltern und anderen Bezugspersonen zentraler Bestandteil, sei es mit oder ohne Klient_in beziehungsweise Patient_in. Zudem werden bei Bedarf Gespräche mit Helfer_innen des Familiensystems (Erzieher_innen, Lehrer_innen, Sozialpädagogische Familienhelfer_innen etc.) geführt. Ob auf das Kind beziehungsweise die/den Jugendliche_n oder die Sorgeberechtigten im Prozess der Fokus gelegt wird, wird jedoch in SGB V und VIII unterschiedlich gehandhabt.

Neben dem beschriebenen Einzelsetting sind in beiden Leistungsbereichen des SGB auch Gruppentherapien möglich, welche jedoch in

dieser Arbeit keine Berücksichtigung finden, da dies den inhaltlichen Rahmen sprengen würde.

b) Therapieanordnung

Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse bei Erwachsenen im Liegen, variiert die Therapieanordnung bei Kindern, Jugendlichen sowie deren Eltern unter anderem je nach Alter der/des Patient_in beziehungsweise Klient_in, Psychotherapieverfahren und Behandlungsschwerpunkt zwischen Spielsituationen, Rollenspiel, sitzendem Setting sowie weiteren.

c) Frequenz und Dauer der Sitzungen

Sowohl im SGB V als auch im SGB VIII beträgt die Dauer einer Sitzung in der Regel 50 Minuten plus 10 Minuten Vor- und Nachbereitung, seltener 90 Minuten. Je nach Behandlungsschwerpunkt, Verfahren und äußeren Umständen liegt die Frequenz zwischen einer oder zwei Sitzungen pro Woche (höherfrequent) und einer Sitzung alle zwei bis drei Wochen (niederfrequent). Bezugspersonengespräche finden in der Regel im Verhältnis von 1:4 oder 1:2 zu den Therapiegesprächen statt, bei älteren Jugendlichen mitunter auch seltener.

1.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V

Die Psychotherapie nach SGB V wird häufig auch Richtlinienpsychotherapie genannt. Bis 1967 wurde Psychotherapie von den Krankenkassen nicht bezahlt. Erst durch den Nachweis ihrer Wirksamkeit sowie ihrer wirtschaftlichen Vorteile durch Annemarie Dührssen wurde sie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (i.F. GKV) aufgenommen. Im Gegenzug wurden unter Mitwirkung von Dührssen Richtlinien erarbeitet, die *„der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertrags-*

ärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen“ (Gemeinsamer Bundesausschusses 2016, S. 4) dienen sollen. Sie wurden seitdem immer wieder angepasst, zuletzt im Frühjahr 2017.

Knapp drei Viertel aller Behandlungen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erfolgen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, deren Grundprofession in der Regel der Sozialen Arbeit beziehungsweise der Sozialpädagogik, seltener der Psychologie entstammt. Psychologische Psychotherapeut_innen behandelten zu 14,5 %, Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu weiteren 4,3 %. Bei den restlichen 8 % führten andere Fachärzt_innen die Behandlungen durch beziehungsweise fehlen die Angaben zur Berufsgruppe der Behandler_innen (vgl. Fegert, J. u.a. 2017, S. 55).

Im Folgenden soll auf einige Aspekte der Richtlinie für Psychotherapie (Gemeinsamer Bundesausschusses 2016, S. 4 ff.) näher eingegangen werden, die für die weitere Betrachtung des Themas dieser Arbeit wichtig sind.

1.1.1 Abgrenzung der Psychotherapie als Krankenbehandlung

Im Abschnitt A (Allgemeines) wird die Psychotherapie als Krankenbehandlung unter anderem von der Erziehungsberatung abgegrenzt:

Psychotherapie ist keine Leistung der GKV und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dies gilt ebenso für [...] Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.
(Abschnitt A, § 1, Absatz 5)

Und im Abschnitt D (Anwendungsbereiche) heißt es:

Psychotherapie ist als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn [...] sie allein der Erziehungsberatung [...] dient.
(Abschnitt D, § 26, Absatz 3)

Diese abgrenzenden Hinweise räumen ein, dass Erziehungsberatung einen gewissen Stellenwert im Kontext der psychotherapeutischen Behandlung hat. Das deutet bei aller Unterschiedlichkeit der Gewichtung in den beiden Sozialsystemen gleichzeitig ihre Nähe beziehungsweise Verwandtschaft an, was für die vorliegende Arbeit keine unerhebliche Rolle spielt.

1.1.2 Verfahren und Voraussetzung für deren Anerkennung

Sozial- und berufsrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren (Abschnitt B, § 15), sind in Deutschland die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (§ 16a) und „Analytische Psychotherapie“ (§ 16b) sowie die Verhaltenstherapie (§ 17). Voraussetzung für deren Anerkennung sind das Zu- grundeliegen eines umfassenden Theoriesystems der Krankheits- entstehung und der Beleg der therapeutischen Wirksamkeit ihrer spezi- fischen Behandlungsmethoden.

Neben den genannten wurden zwei weitere Verfahren im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes durch den Wissenschaftlichen Beirat berufs- rechtlich anerkannt: die Gesprächspsychotherapie – auch als Klienten- zentrierte Psychotherapie bekannt – sowie die Systemische Therapie. Der berufsrechtlichen Anerkennung des Wissenschaftlichen Beirats folgt jedoch nicht automatisch die sozialrechtliche Anerkennung, einhergehend mit der Kassenzulassung. Hierüber entscheidet der Gemeinsame Bundes- ausschuss (aus Krankenkassen und Leistungserbringern) G-BA (siehe § 19). Eine berufs- und sozialrechtliche Anerkennung streben weiterhin die humanistischen Verfahren Psychodrama und Gestalttherapie an, bislang jedoch erfolglos.

Bei einem Blick über den Tellerrand Deutschlands lässt sich feststellen, dass in anderen europäischen Ländern mitunter wesentlich mehr Psycho- therapieverfahren anerkannt werden. So sind es beispielsweise in Öster-

reich 22 Verfahren, während es jedoch in Belgien oder Frankreich gar keine anerkannten Verfahren gibt.

1.1.3 Anwendungsformen und -bereiche

Laut § 20 sind als Anwendungsformen sowohl eine Einzeltherapie, gegebenenfalls unter Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, als auch eine Gruppentherapie mit mindestens drei und maximal neun Patient_innen möglich, für deren Durchführung eine Zusatzqualifikation notwendig ist.

Im Abschnitt D, § 26 werden bezüglich der Anwendungsbereiche folgende Krankheitsdiagnosen als Indikationen für Psychotherapie genannt:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen beziehungsweise Konversionsstörungen;
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
5. Essstörungen;
6. Nichtorganische Schlafstörungen;
7. Sexuelle Funktionsstörungen;
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Weiterhin wird als Indikation unter anderem genannt, wenn eine seelische Krankheit Folge frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen ist.

1.1.4 Akutbehandlung und Behandlungsumfang

Seit April 2017 gibt es für Patient_innen die Möglichkeit, nach einer ersten Beratung eine Akutbehandlung/Kurzzeittherapie im Umfang von 12 Stunden in Anspruch zu nehmen, die um weitere 12 Stunden verlängert werden kann:

Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Die Patientinnen oder Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet sind oder dass ihnen andere ambulante (z.B. psychiatrische, psychosomatische, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe), teilstationäre oder stationäre Maßnahmen empfohlen werden können.
(Abschnitt B, § 13)

Die genannte Neuerung hat zunächst für Diskussionen gesorgt, da viele niedergelassene Psychotherapeut_innen ohnehin lange Wartelisten für Behandlungen nach § 15 haben und die Akutbehandlungen für sie eine zusätzliche Belastung darstellen, letztlich zu Ungunsten der Behandlung von Patient_innen nach § 15. Andererseits wird die Akutbehandlung in der Praxis mitunter als verlängerte Probatorik (anfängliche Sitzungen vor dem eigentlichen Beginn einer Psychotherapie) genutzt und dabei positiv bewertet.

In Abschnitt E werden der Behandlungsumfang sowie dessen Begrenzung festgelegt. Auch diesbezüglich sind seit April 2017 einige Neuerungen zu beachten: Während man bislang bei einer Kurzzeittherapie insgesamt 25 Stunden zur Verfügung hatte, so sind es nun lediglich zweimal zwölf Stunden im Rahmen der Kurzzeittherapie 1 und Kurzzeittherapie 2 (siehe oben, § 28).

Ist schon während der Probatorik oder bis zur 20. Sitzung der Kurzzeittherapie absehbar, dass diese nicht ausreicht, kann eine Langzeittherapie beantragt werden. Deren Umfang ist verfahrensspezifisch unterschiedlich (§ 29). Bisher im Rahmen der Akutbehandlung beziehungsweise der

Kurzzeittherapie erbrachte Stunden werden eingerechnet. Das Kontingent liegt für:

- Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche bei jeweils 60 Stunden,
- tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie für Kinder bei 70 Stunden,
- tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie für Jugendliche bei 90 Stunden.

Wenn das Kontingent einer Langzeittherapie ausgeschöpft ist und das Behandlungsziel noch nicht erreicht wurde, aber eine begründete Aussicht auf das Erreichen dieses Ziel bei einer Fortführung der Therapie besteht, kann eine Verlängerung beantragt werden, sodass sich folgende Höchstgrenzen ergeben:

- bei Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche jeweils 80 Stunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie für Kinder 150 Stunden,
- bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie für Jugendliche 180 Stunden.

1.1.6 Antragsverfahren

Im Gegensatz zur psychotherapeutischen Akutbehandlung und Kurzzeittherapie ist für die reguläre Psychotherapie nach § 15 die Antragstellung durch die/den Versicherte_n notwendig. Die Diagnose sowie die Begründung von Indikation, Art und Umfang der Therapie werden der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung durch die/den Therapeut_in im Rahmen der Antragstellung mitgeteilt. Im Falle einer Langzeittherapie ist weiterhin ein Behandlungsplan zu erstellen, der einer/m Gutachter_in vorgelegt wird.

1.2 Therapeutische Leistungen im Rahmen des SGB VIII

Die therapeutischen Leistungen der Jugendhilfe finden im Sozialgesetzbuch VIII, § 27, Absatz 3 Erwähnung, jedoch werden sie nirgends näher konkretisiert: *„Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“*.

Im Folgenden sollen die beiden Hilfen zur Erziehung näher beschrieben werden, denen über den therapeutischen Kontext hinaus ein ähnliches Setting zugrunde liegt wie bei der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V (*siehe Kapitel 1*) – konkret:

- der Eins-zu-Eins-Kontakt,
- die Therapieanordnung,
- die Frequenz und Dauer der Sitzungen.

Daraus ergibt sich eine Beschränkung der näheren Betrachtung auf die Arbeit in Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie als Hilfe zur Erziehung nach § 27 oder als Eingliederungshilfe nach § 35a.

Nicht betrachtet werden sollen aus diesen Gründen folgende ambulante Hilfen zur Erziehung:

a) Familientherapie nach § 27

Bei der Familientherapie ist eine familientherapeutische beziehungsweise systemische Qualifikation zwar zwingend notwendig. Jedoch ist hier nicht das einzelne Kind beziehungsweise die/der Jugendliche im Fokus, sondern das System Familie als solches.

b) Betreuungshelfer_in/Erziehungsbeistand nach § 30

Bei der sozialpädagogischen Erziehungsbeistandschaft liegt der Fokus in erster Linie auf dem Kind beziehungsweise der/dem Jugendlichen. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds ist zwar notwendig, aber zweitrangig. Eine therapeutische Kompetenz des Erziehungsbeistands ist nicht not-

wendig. Zudem liegt der Ort der Hilfe im Lebensumfeld der/des Klient_in und ist daher aufsuchend.

c) Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31

Die Sozialpädagogische Familienhilfe hingegen hat ihren Schwerpunkt vordergründig in der Arbeit mit den Eltern. Auch spielt hier bei der Ausübung der Hilfe therapeutische im Gegensatz zu klassischer sozialpädagogischer Kompetenz konzeptionell keine Rolle, wenngleich es sicherlich in diesem Hilfebereich nicht wenige Fachkräfte mit therapeutischer Qualifikation gibt. Auch diese Hilfeform ist tendenziell eine aufsuchende.

1.2.1 Erziehungsberatung

Wie die eben genannten ist auch die Erziehungsberatung eine Hilfe zur Erziehung und zwar gleich die erstgenannte (§ 28). Sie stellt im Vergleich eine eher niedrigschwellige Hilfe dar, da im Gegensatz zu Sozialpädagogischer Familienhilfe, Familientherapie oder Erziehungsbeistandschaft kein Antrag beim Jugendamt gestellt werden muss, um sie in Anspruch zu nehmen. Dies hat den Hintergrund, dass Erziehungs- und Familienberatungsstellen pauschal gefördert werden, während andere Hilfen zur Erziehung der Einzelfallfinanzierung von sogenannten Fachleistungsstunden unterliegen, und ist insofern von Bedeutung, als sowohl der Beratungszeitraum als auch deren Intensität beziehungsweise Sitzungsfrequenz passgenauer auf die Ratsuchenden zugeschnitten werden können – oder kurz gefasst: *So kurz und selten wie möglich, so lange und häufig wie nötig.*

Im Gesetzestext heißt es zur Erziehungsberatung:

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und

Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.
(§ 28, SGB VIII)

Im Folgenden wird beginnend mit der Geschichte der Erziehungsberatung über ihre heutige personelle Ausstattung hin zu einem Exkurs in die Praxis dargestellt werden, dass sich Erziehungsberatung und Psychotherapie wenn überhaupt, dann nur theoretisch voneinander abgrenzen lassen, die Grenzen zwischen beidem jedoch fließend sind – oder wie Feldmann-Bange und Specht schon 1986 schrieben:

Es ist von jeher ein Charakteristikum von Erziehungs- und Familienberatungsstellen, dass Beratung und Behandlung miteinander verknüpft sein können. Behandlung kann sich im Verlauf von Beratung als notwendig erweisen, kann aber ihrerseits wieder in Beratung ausmünden, ohne dass deswegen die Beziehung zu einer Familie durch weiterverweisen abgebrochen werden müsste.
(Feldmann-Bange und Specht nach Hundsalz 1995, S.161)

1.2.1.1 Geschichte

Hundsalz weist mit Blick auf die Geschichte daraufhin, dass bis weit in die achtziger Jahre die Erziehungsberatung keinesfalls so eindeutig im Bereich der Jugendhilfe angesiedelt wurde, wie es heute den Eindruck macht, sondern auch „in der Nähe der Grundsätze und Methoden des Gesundheitswesens“ (Hundsalz 1998, S. 158). Schaut man in der Geschichte der Erziehungsberatung weiter zurück, bestätigt sich diese Nähe.

Plass (vgl. 1997, S. 32 ff.) stellt dazu fest, dass bei der Betrachtung der Zeit gegen Ende des 19. beziehungsweise Anfang des 20. Jahrhunderts einem die gesellschaftlichen Umwälzungen und die mit dem Industrialisierungsprozess einhergehenden Folgen für einen Großteil der Bevölkerung ins Auge fallen: Verstädterung, Wohnungsnot, mangelnde Kinderbetreuung durch die Arbeitstätigkeit der Frau, Verarmung, Kinderarbeit sowie mangelnde soziale Absicherung durch Auflösung der Struktur der Großfamilie, um nur einige Schlagworte zu nennen. Gleichmaßen

finden in Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik viele neue Erkenntnisse Eingang, welche nicht folgenlos blieben.

So gründeten sich auf Initiative von Lehrer_innen und Ärzt_innen aus psychiatrischen Kliniken – Berufsgruppen, denen sich die vielfältigen Beeinträchtigungen und Schäden der Kinder und Jugendlichen am direktesten zeigten – pädagogische Einrichtungen und ärztliche Beratungsstellen, welche später vom Staat übernommen und in der Folge reguliert wurden. Diese ersten Initiativen hatten jedoch meist nur den Charakter einer Sprechstunde, weniger den einer institutionellen Erziehungsberatung.

1922 wurde das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt erlassen – der Vorgänger des heutigen Kinder- und Jugendhilfegesetzes KJHG respektive SGB VIII. In ihm wurde unter anderem festgelegt, dass *„jedes deutsche Kind [...] ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit“* hat und in größeren Städten Jugendämter zu errichten sind. In der Folge wurden bis 1928 bereits 42 Beratungsstellen aufgebaut.

In der Zeit des Nationalsozialismus spielten die Erziehungsberatungsstellen infolge ihrer Eingliederung in die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) eine unrühmliche Rolle. Die im Jahr 1936/1937 weit über 3 000 geschaffenen Beratungsstellen waren zum einen meist mit Laienhelfer_innen denn mit Professionellen besetzt und dienten zum anderen auf der übergeordneten Gau-Ebene weniger der Beratung der Familien denn der Auslese und Ausgrenzung der Bevölkerung. Dennoch gab es auch in dieser Zeit Beratungsstellen, oftmals in kirchlicher Trägerschaft, die ihre humanistische Orientierung beibehielten und nicht gleichgeschaltet waren (vgl. Plass 1997, S. 33 ff.).

In den Nachkriegsjahren war in den Erziehungsberatungsstellen zunächst eine tiefenpsychologische Konzeption vordergründig, *„die vor allem einzel-fallbezogene, langfristig orientierte psychagogische Arbeit mit dem Kind in den Vordergrund stellte“* (Plass 1997, S. 36). Wie auch in den psychia-

trischen Kliniken, so fand auch in der Erziehungsberatung gegen Ende der Sechzigerjahre eine Abkehr von der eher analytisch geprägten, als spekulativ kritisierten Denkweise statt hin zu einer verhaltenswissenschaftlichen, die mithilfe psychometrischer Testverfahren zu Schulreife oder Konzentrations- und Leistungsproblematiken eine vermeintliche Objektivität herzustellen versuchte. Da dies mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden war, der den tatsächlichen Nutzen überstieg, begann die Suche nach weniger aufwändigen Interventionsmöglichkeiten.

In den Siebziger- und Achtzigerjahren wurde die Erziehungsberatung in Westdeutschland flächendeckend etabliert – eine Entwicklung, die auch durch die gesellschaftlichen Veränderungen infolge der 68er-Bewegung maßgeblich beeinflusst wurde. Eine weitere für die vorliegende Arbeit wichtige Entwicklung fällt in diese Zeit: Durch die Popularität der Wissenschaft der Psychologie diversifizierten sich die Konzepte der Psychotherapie, sodass neben tiefenpsychologischen Konzepten sukzessiv auch methodische Ansätze wie beispielsweise Klientenzentrierte Psychotherapie beziehungsweise Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie und Familientherapie Eingang in die Erziehungsberatung fanden.

In der ehemaligen DDR gab es eine Vielzahl an Beratungsstellen unter dem Dach des Gesundheitswesens, unter anderem in Ost-Berlin eine flächendeckende Versorgung mit kinder- und jugendneuropsychiatrischen Beratungsstellen. Erziehungs- und Familienberatungsstellen als Leistung der Jugendhilfe sind erst nach der Wende geschaffen worden (vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. 2012, S. 20).

Zum 01. Januar 1991 trat das bis heute gültige Kinder- und Jugendhilfegesetz in Kraft, in den neuen Bundesländern bereits zum Beitrittsdatum 03. Oktober 1990. Erziehungsberatung wird darin als eigenständige Hilfe zur Erziehung festgeschrieben (§ 28, SGB VIII; siehe Kapitel 1.2.1). Im Gesetzestext wird ausdrücklich auf den unterstützenden Charakter der Erziehungsberatung für Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Er-

ziehungsberechtigte hingewiesen, was zugleich als eine Abgrenzung von den negativen Funktionen der Beratungsstellen in der Vergangenheit (siehe oben) verstanden werden muss.

Des Weiteren wird laut Plass durch die Verankerung im SGB VIII die Erziehungs- und Familienberatung nun zweifelsfrei der Jugendhilfe zugeordnet:

Eine eigenständige Position der Erziehungsberatung außerhalb der Jugendhilfe oder zwischen Jugendhilfe, Gesundheits- und Bildungswesen läßt sich nicht mehr begründen. Damit hat sich die Rechtsposition von Erziehungsberatung im KJHG deutlich verbessert; denn auf Erziehungsberatung als Hilfe zur Erziehung besteht ein Rechtsanspruch. Erziehungsberatung ist damit einklagbar.
(Plass 1997, S. 39)

Inwieweit sich diese Feststellung ausschließlich auf den rechtlichen und strukturell-finanziellen Kontext bezieht oder auch inhaltliche Trennlinien zwischen Jugendhilfe einerseits und Gesundheits- und Bildungswesen andererseits gezogen werden können, soll im Folgenden betrachtet werden. Auf der personellen Ebene zumindest ist die Abkehr der Erziehungsberatung vom Fachbereich der Medizin offensichtlich: Arbeiteten in der Nachkriegszeit auch viele Kinderärzt_innen in der Erziehungsberatung, fanden sich diese später nur noch in den kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstellen wieder, welche den kommunalen Gesundheitsämtern unterstehen.

Abschließend lässt sich zur Geschichte der Erziehungsberatung festhalten, dass sie stets auf gesellschaftliche Veränderungen reagiert hat und bis heute reagiert. Betrachtet man die Entwicklung ihrer Inanspruchnahme im vergangenen Vierteljahrhundert, so gibt es an ihrer Notwendigkeit keine Zweifel: Trotz stagnierender Kinderzahlen haben Beratungen nach § 28 zwischen 1993 und 2015 um 60 % zugenommen (vgl. Schnelzer 2015, S. 35).

1.2.1.2 Fachkräfte

Die Vielfalt an Interventionsformen in der Erziehungsberatung ist im Gegensatz zu anderen Hilfen zur Erziehung ein Alleinstellungsmerkmal. Therapie ist eine von ihnen, auf welche sich im Folgenden konzentriert werden soll.

Im § 28 wird beschrieben, dass in den Beratungsstellen multiprofessionell zusammengesetzte Teams zusammenarbeiten sollen. Neben der Bezeichnung als „Erziehungs- und Familienberatung“ wird häufig auch der Name „Psychologische Beratungsstelle“, „Psychosoziale Beratung“ oder „Psychotherapeutische Beratung“ verwendet, wodurch zum einen deutlich wird, dass in dieser Hilfeform Sozialpädagog_innen und Psycholog_innen mit therapeutischen Zusatzqualifikationen tätig sind, und sich zum anderen die Konzept- und Methodendiskussion widerspiegelt, die die Arbeit in den Beratungsstellen seit jeher begleitet (vgl. Hundsalz 1998, S. 158).

Wie sich einerseits in der historischen Betrachtung der Erziehungsberatungsstellen gezeigt hat, andererseits durch SGB VIII § 28 gefordert wird, sind in der Erziehungsberatung *„Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen“* tätig, die zugleich die Heterogenität therapeutischer Verfahren abbilden. Nach einer Erhebung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (folgend: bke) vom Jahr 2010 (vgl. bke nach Menne 2015, S. 7 ff.) verfügen die Berater_innen – in der Regel Diplom-Sozialpädagog_innen und Diplom-Psycholog_innen – über eine Zusatzqualifikation zu (siehe Abbildung 1):

- 45 %in Familien- beziehungsweise Systemischer Therapie,
- 10 %in Verhaltenstherapie,
- 10 %in Klientenzentrierter Psychotherapie,
- 7 %in Gestalttherapie,
- 4 %in Psychodrama,
- 4 %in Psychoanalyse beziehungsweise in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.

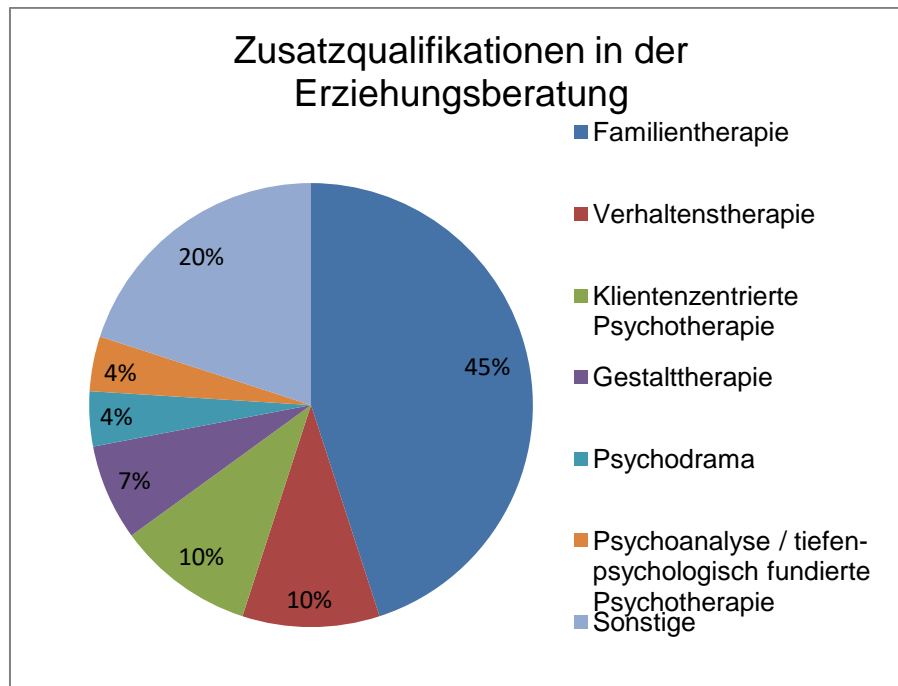


Abbildung 1: Zusatzqualifikationen der Fachkräfte in Erziehungsberatungsstellen 2010

Auch wenn Doppelqualifizierungen nicht ausgeschlossen sind, zeigen diese Zahlen, dass bis zu vier von fünf Berater_innen ein „klassisches“ Verfahren erlernt haben. Hinzu kommen Qualifizierungen in Entwicklungspsychologischer Beratung bei 6 % der Fachkräfte, Hypnotherapie bei 5 % und Traumatherapie bei 4 % (weitere Verfahren 4 %).

Über eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in verfügen 10 %, als Psychologische_r Psychotherapeut_in 17 % der insgesamt ca. 5 400 Fachkräfte in den Erziehungsberatungsstellen, über eine Approbation für Beides 3 % (vgl. Menne 2015, S. 9). Das heißt, fast jede_r dritte Berater_in hat eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in und/oder Psychologische_r Psychotherapeut_in, obwohl nur bei jeweils 1 % die Approbation Einstellungs Voraussetzung war. An dieser Stelle sei auf die gesonderte Rolle der kommunalen Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Berlin hingewiesen, in welcher Psychologische Psychotherapeut_innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen zum Fachteam gehören, um fach-

diagnostische Stellungnahmen im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens zu verfassen (siehe Kapitel 1.2.2).

Die Diskussion über die Approbation als Einstellungsvoraussetzung für die Tätigkeit in Erziehungsberatungsstellen wird spätestens seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 geführt (vgl. bke 2000, S. 3 f.). Mit Verweis auf die immense Bedeutung auch anderer Verfahren, welche nicht zur Approbation führen, wird jedoch für die Praxis der Erziehungsberatung bei Neueinstellungen empfohlen, sich „[...] weiterhin an dem inhaltlichen Kriterium zu orientieren, welches therapeutische Verfahren das jeweilige multidisziplinäre Team sinnvoll ergänzt“ (ebd. S. 4), wie es im § 28 SGV III vom Gesetzgeber gefordert wird.

Exkurs: Blick in die Praxis

Zum tieferen Verständnis soll nach der historischen sowie der personellen Perspektive folgender Textauszug aus Prof. I. Herrmanns Beitrag *„Psychotherapeutisch-systemisches Handeln in der Integrierten Familienberatung am Beispiel der kindzentrierten Erziehungsberatung“* in oben genannter Fachzeitschrift einen Einblick in die Praxis der Erziehungsberatungsstellen geben:

Am Beginn des Beratungsprozesses ist uns zuerst die Perspektive der Eltern wichtig. [...] Neben der Familienanamnese und der Verlaufsbeschreibung des störungsrelevanten Verhaltens geht es uns darum, die Eltern als wichtigste Bezugspersonen, ihre Perspektive auf ihr Kind sowie die aktuelle Lebenssituation der Familie kennenzulernen.

Im nächsten Schritt ist es uns wichtig, das Kind selbst zu erleben. Je nach Alter und Verhaltensausrprägung schaffen wir unter dem Einsatz ausgewählter Materialien spieltherapeutische Situationen, in denen das Kind ohne die Eltern und ohne den Einfluss von Leistungsanforderungen agieren kann [...]. Wenn das Kind erfährt, dass es sich in einer sicheren Umgebung befindet, in der es sich angstfrei und lustvoll neuen Impulsen zuwenden, diese ausprobieren kann, zeigt es bald seine ganz eigenen ihm charakteristischen Verhaltensweisen, die wir teilnehmend beobachten, spielerisch aufgreifen und beantworten.

So findet vor allem zu Beginn des Beratungsprozesses – quasi nebenher und vom Kind nicht also solche identifizierbar – eine anlassbezogene Verhaltens- und Entwicklungsdiagnostik statt. Diese verläuft eben nicht standardisiert im Rahmen einer Testsituation als Leistungsdiagnostik,

sondern im ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Sinne innerhalb der spieltherapeutischen Intervention. Diagnose und Intervention gehen dabei ineinander über [...]. Dieser Zugang erfordert von den Beraterinnen eine hohe diagnostische Kompetenz und einen breiten Erfahrungsschatz.

Ausgehend vom gesetzlichen Schutzauftrag achten wir in diesem Prozess zuerst auf das seelische Wohl des Kindes (§ 8a Abs. 2 SGB VIII). Zu klären ist vorerst, ob eine seelische Erkrankung des Kindes im Vordergrund steht, oder ob die Familie einen aktuellen erzieherischen Bedarf hat. Diese Unterscheidung ist ganz wesentlich für das weitere Vorgehen und die Entscheidung, ob das Kind einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Intervention zugeführt werden soll oder ob die Familie mithilfe der Erziehungsberatung selbständig eine Veränderung des Problemverhaltens in Gang setzen kann. [...] Das spieltherapeutische Angebot im Rahmen unserer systemischen Beratung im Einzelsetting mit dem Kind gibt kreativen Prozessen, die der Intuition und Spontaneität des Kindes Raum geben, einen hohen Stellenwert. Die beobachtende und den Tendenzen des Kindes feinfühlig folgende Begleitung des Spiels durch die Berater/innen erlaubt es, Bedürfnisse sowie auch Ressourcen in seinem Verhalten zu identifizieren, aufzugreifen und gezielt zu beantworten. Wichtig ist uns, den Ausdruck von Emotionen zuzulassen, die Imaginationsfähigkeit des Kindes zu unterstützen und vor allem Perspektivenwechsel in Gang zu setzen. Das Kind in Aktion zu erleben, mit ihm über das Spiel in Kontakt zu kommen und ihm positive Effekte seiner Handlungen zurückzumelden, sind wesentliche Elemente der spieltherapeutischen Intervention. Wir schaffen gemeinsam mit dem Kind Gelegenheiten, in denen es die Ergebnisse seiner eigenen Wirksamkeit erleben, erkennen und genießen kann. Meist gelingt es, in den nächsten Terminen daran anzuknüpfen und darauf aufzubauen, sodass emotionale Belastungen allmählich nachlassen, der Selbstwert des Kindes gestärkt wird und seine sozialen Kompetenzen gezielt geübt werden.

Wir setzen innerhalb eines Beratungsprozesses durchaus aus verschiedenen Schulen stammende psychotherapeutische Interventionen ein, die gerade in ihrem Zusammenwirken eine hohe Wirksamkeit entfalten. Maßstab ist hierbei nicht Methodenreinheit, sondern das Erreichen einer größtmöglichen Nützlichkeit für die Erfüllung des erzieherischen Bedarfs. Dabei berücksichtigen wir sowohl das Alter und den Entwicklungsstand des Kindes als auch die Offenheit und Mitwirkungsbereitschaft der Eltern sowie die Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind.

Zur Identifikation der Symptomatik, der aktuellen Bedürfnislage des Kindes und seines spezifischen Verhaltensausdrucks setzen wir oft in der ersten Stunde mit dem Kind den altbewährten tiefenpsychologisch orientierten Szenotest ein [...]. Er ist in der Altersstreuung der Kinder breit einsetzbar und ein vorzügliches Instrument zu einer ersten Verhaltensbeobachtung und deren Deutung. Zwar genügt der Test nicht den Gütekriterien einer standardisierten Testdiagnostik, wie sie heute für wissenschaftliche Zwecke gefordert wird, und er gibt auch wenig Auskunft über Leistungsvariablen. Sein Einsatz in der kindzentrierten Erziehungsberatung ist aber umso wertvoller, da er die subjektiven Bedürfnislagen des Kindes deutlich abzubilden vermag. Das Material spricht das Interesse von Kindern in der frühen Kindheit bis ins Jugendalter an, insbesondere weil es in seiner Gestaltung generationenübergreifend, regressionsprovozierend und alltagsnah ist. Der Test stellt hohe Anforderungen an die Deutungskompetenz der Therapeutin. [...]

Eine weitere bewährte Methode [...] ist das ebenfalls tiefenpsychologische projektive Verfahren „Familie in Tieren“.

[...] Um das Kind kennenzulernen und seine Verhaltensspezifik zu beobachten, nehmen wir uns in der Regel drei bis vier Beratungseinheiten Zeit. Wenn wir eine Vorstellung von der Symptomatik des Kindes gewonnen haben und Hypothesen über dessen Bedeutung für das Kind bzw. die Familie generiert haben, setzen wir die Externalisierung von Symptomen ein [...] eine vergleichsweise junge, der systemischen Therapie entstammende psychotherapeutische Technik, die der Trennung des Symptoms von der Person dient [...].

[...] Mit Kindern und Jugendlichen im fortgeschrittenen Schulalter setzen wir des Weiteren psychoedukative Methoden zum Verständnis der Wirkungsweise von Symptomen im Körper ein sowie zur Klärung, welche Wirkung gezielt eingesetzte Gegenmaßnahmen entwickeln können.

[...] Insbesondere beim Einnässen oder Einkoten bzw. anderen Überschussverhaltensweisen erzielen wir gute Erfolge mit aus der Verhaltenstherapie stammenden Punkteplänen bzw. „Smilie-Listen“ [...].

[...] Puppenhaus, Handpuppen, Tierfiguren und Verkleidungskiste bieten Material für spontane psychodramatische Spielformen, die durch die Kinder selbst oder durch uns in Gang gebracht werden.

Am Ende jeder Beratungseinheit geben wir dem Kind die Möglichkeit, sich ein Spielobjekt auszusuchen und bis zum nächsten Mal mit nach Hause zu nehmen. Das Spielzeug fungiert als Bedeutungsträger und Übergangsobjekt und symbolisiert die Effekte der Aufmerksamkeit, die wir dem Kind entgegengebracht haben.

[...] Die Eltern bleiben in diesem Prozess keineswegs außen vor. In regelmäßigen Abständen informieren wir sie über den Interventionsverlauf, lassen uns von ihnen Rückmeldungen über die Entwicklung im häuslichen Kontext geben und besprechen mit ihnen ihr eigenes Verhalten im Alltag mit dem Kind. Dem erzieherischen Bedarf wird in der Zusammenarbeit mit den Eltern Rechnung getragen, indem wir mit ihnen gemeinsam Schlüssel-situationen und angemessenes Erziehungsverhalten reflektieren. [...]

[...] Insbesondere, [...] wenn es [...] um die Unterstützung einer sicheren Bindung zwischen Kind und Eltern geht, beziehen wir die Eltern schrittweise in die spieltherapeutischen Interventionen ein [...]. Unser beraterisches und therapeutisches Vorgehen passen wir so schrittweise an die Verhaltensveränderungen der Eltern und Kinder an.

Das Verhältnis der elternbezogenen Intervention und der auf das Kind bezogenen Intervention in der kindzentrierten Einzelberatung liegt bei maximal 1:1 – das heißt Eltern und Kinder nehmen alle Termine gemeinsam wahr – und minimal bei 1:3 – das heißt, die Interventionen mit dem Kind nehmen höchstens den dreifachen Umfang ein. [...]

(Herrmann 2015, S.64-68)

Liest man den Text, kommt man nicht umhin, die vielen Ähnlichkeiten zwischen der Arbeit in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle und in einer ambulanten psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Jugendliche festzustellen, auf die nun näher eingegangen werden soll.

Zunächst sei hier auf das Setting hingewiesen. Neben dem 1:1-Kontakt zwischen Berater_in/Therapeut_in und Klient_in/Patient_in fällt hier das Verhältnis von Beratungen des Kindes/Jugendlichen zu Beratungen der Eltern/Sorgeberechtigten während des gesamten Beratungszeitraums ins Auge. Während im Rahmen des SGB V ein Verhältnis von 1:4 Stunden die Regel ist, beschreibt Herrmann für die Arbeit in der Erziehungs- und Familienberatung ein Verhältnis zwischen 1:1 und 1:3 Stunden – ein Hinweis auf den höheren erzieherischen Bedarf im Vergleich zur Therapie nach SGB V. Hierbei muss jedoch eingeschränkt werden, dass die beschriebene kindzentrierte Beratungsform eine von vielen ist. In anderen spielen die Stunden für Kinder/Jugendliche eine eher untergeordnete Rolle, auch eine ausschließliche Beratung von Eltern ist im Gegensatz zum SGB V möglich. Eine Beratung von Jugendlichen ohne Wissen oder Zustimmung der Eltern ist in den Erziehungs und Familienberatungsstellen ebenso wie in der ambulanten Therapie nach SGB V möglich, jedoch gibt es in Ersteren keine Altersbeschränkung (SGB V: 14 Jahre).

Neben dem Setting gibt es weitere Ähnlichkeiten in Bezug auf den Ablauf der beschriebenen Beratungsform. In der von Herrmann beschriebenen Beratung beinhaltet das Erstgespräch neben der „*Verlaufsbeschreibung des störungsrelevanten Verhaltens*“ (Herrmann 2015, S. 64) zudem die Anamnese. Im SGB V wird beides logischerweise ebenso mit den Eltern beziehungsweise Sorgeberechtigten besprochen, jedoch gesondert erhoben. Anschließend werden drei bis vier Stunden für das Kennenlernen des Kindes sowie die Diagnostik eingeplant, was ungefähr der Probatorik im Rahmen der Therapie nach SGB V entspricht.

Nach der Diagnostik beschreibt Herrmann verschiedene spieltherapeutische Interventionen, die mit der eigentlichen Therapie im SGB V, die im Anschluss an die Probatorik beginnt, vergleichbar ist. Das Beratungsende beziehungsweise der Abschied von Klient_in und Berater_in wird im Text nicht ausdrücklich erwähnt, jedoch ist davon auszugehen, dass auch hier Ähnlichkeiten bestehen, um Erfolge der Beratung in den zukünftigen Alltag der Familie zu transferieren.

Zu guter Letzt ist festzustellen, dass die beschriebene kindzentrierte Beratung in vielerlei Hinsicht auch inhaltliche Parallelen zu einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V aufweist. Hier sind zum einen die Methoden der Diagnostik zu nennen: Sowohl der *Sceno-Test* als auch das Verfahren *Familie in Tieren* ist auch aus vielen tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden psychotherapeutischen Praxen für Kinder und Jugendliche seit Jahrzehnten kaum wegzudenken (Leistungs- und Entwicklungsdiagnostik gehört bei den meisten Erziehungs- und Familienberatungsstellen ohnehin zum Angebot). Des Weiteren werden auch Methoden aus anderen Verfahren angewendet, sei es das *Punktebeziehungsweise Smiley-System* aus der Verhaltenstherapie, das *Externalisieren von Symptomen* aus der systemischen Therapie, *Arbeit mit Puppen und Verkleidung* aus dem Psychodrama oder die verfahrens-unabhängige Methode der *Psychoedukation* bei Jugendlichen.

Betrachtet man die Schnittmengen der oben beschriebenen kindzentrierten Beratung einerseits und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V andererseits in Bezug auf Setting, Ablauf und Inhalt, so ist nachvollziehbar, warum sowohl in der Theorie als auch in der Praxis eine klare Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie häufig schwerfällt.

1.2.2 Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie im SGB VIII

Da im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, inwiefern Psychotherapieverfahren beziehungsweise psychotherapeutische Methoden in der Arbeit in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen etabliert sind, wird zur Abgrenzung im Folgenden der Begriff *Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie* oder *KJHG-Therapie* verwendet.

Sie wird von ihrer geschichtlichen, rechtlichen und inhaltlichen Perspektive sowie der ihrer Wirksamkeit betrachtet. Da bis heute die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie ausschließlich in Berlin Teil des Jugendhilfe-

Katalogs ist, muss sich diese Betrachtung auf die Hauptstadt beschränken.

1.2.2.1 Geschichte

In den Siebziger- und Achtzigerjahren entstand neben der gesetzlichen Krankenversicherung, geregelt durch die Reichsversichertenverordnung RVO, in Berlin ein zweites Behandlungssystem, welches im Gegensatz zu Erstgenanntem nicht durch Beiträge der Versichertengemeinschaft, sondern durch die Öffentliche Hand, also steuerfinanziert war (vgl. Bertram 2010, S. 3). Dieses umfasste neben dem Jugendwohlfahrtsgesetz, dem Vorgänger des KJHG, auch das bis 2004 gültige Bundessozialhilfegesetz BSHG (heute SGB XII).

Wie Schmidt (vgl. 2017, S. 10 ff.) feststellt, wurde schon nach dem Zweiten Weltkrieg in West-Berlin für die Rehabilitation und Eingliederung von Kindern und Jugendlichen mit körperlichen, geistigen und seelischen Störungen im Rahmen des BSHG die Zuständigkeit der Jugendämter festgelegt – eine Ausnahme im Vergleich zu den anderen westdeutschen Bundesländern. Daraus ergab sich die Notwendigkeit einer engen Kooperation der Jugendämter mit den Gesundheitsämtern, namentlich ihrer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsdienste, welche ab 1979 in allen Bezirken etabliert wurden. Vorbild dieser Beratungsdienste war die 1961 gegründete Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie Reinickendorf, die zu Beginn räumlich und teilweise auch personell mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Wiesengrund“ verbunden war. Deren Kooperation mit den Familien- und Behindertenfürsorgen der zuständigen bezirklichen Jugendämter hatte im BSHG ihre rechtliche Grundlage.

Im Rahmen der Amtshilfe waren die genannten Beratungsstellen auch als fachdiagnostische Dienste für die Jugendämter zuständig, wenngleich der

Großteil der Klientel (70 %) Selbstmelder_innen waren oder im Rahmen der Gesundheitsfürsorge untersuchte Kinder (ebd.).

Durch den § 39 BSHG war es den Beratungsstellen möglich, Psychotherapien für jene Kinder und Jugendliche einzusetzen, welche weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch den Erziehungs- und Familienberatungsstellen erreicht werden konnten, da sowohl die wenigen, ausschließlich psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen (damals noch als Psychagog_innen bezeichnet) als auch die Fachkräfte in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen eher mit motivierten Familien arbeiteten, deren Kinder und Jugendliche neurotische Störungen aufwiesen. Aus dem psychologisch-therapeutischen Versorgungsnetz der GKV und der EFB fielen insofern jene Kinder und Jugendliche mit sozialen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie komplexen psychosozialen Störungen, was nicht selten zu schulischer Ausgrenzung, stationärer Behandlung oder gar Zwangseinweisung und insgesamt dazu führte, dass sich Auffälligkeiten und Störungen chronisierten oder verschlimmerten (ebd.).

Für diese – von den klassischen Therapeut_innen als nicht behandelbar eingestufte – Klientel fanden sich zunehmend Psycholog_innen mit universitär vermittelter psychotherapeutischer Qualifikation (meist in Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie oder Klientenzentrierter Kinderspieltherapie), die im Rahmen der „BSHG-Therapien“ bis Ende der Achtzigerjahre die psychotherapeutische Versorgung für jene übernahmen, für deren Bedarfe die Angebote der Krankenkassen unzureichend waren.

Notwendig für eine Übernahme der Therapiekosten als Rehabilitationshilfe durch die Jugendämter als Kostenträger war eine Überprüfung der Indikation beim Berliner Landesgesundheitsamt. Die damals genannten Ziele der BSHG-Therapien erinnern an die ab 1990/1991 im KJHG geltenden Aufgaben der Jugend- und Eingliederungshilfe (Schmidt 2017, S. 11):

- *Ermöglichung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft,*
- *Entwicklungs- und Reifungsförderung,*
- *Hilfe zur angemessenen Schulbildung,*
- *Verbesserung der sozialen und familiären Beziehungsstrukturen,*
- *Verbesserung der erzieherischen Kompetenzen der Eltern,*
- *Verbesserung von Entwicklungsbedingungen.*

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit den BSGH-Therapien wurden Jahre später im KJHG allgemein, im Berliner Ausführungsgesetz AG-KJHG konkret, psychotherapeutische und andere therapeutische Hilfen in den Maßnahmenkatalog der Jugendhilfe in Form des § 27 SGB XIII integriert und bis heute gegen Widerstände aus Verwaltung und Politik sowie trotz permanenten Spardrucks auf die Jugendhilfe verteidigt.

1993 wurde darüber hinaus der § 35a eingeführt, der die Rehabilitationsansprüche seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter junger Menschen auf Eingliederungshilfe bundesweit einheitlich regelt. Beide Paragraphen ermöglichen bis heute die Finanzierung von Psychotherapie außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als Maßnahme der Jugendhilfe, wenngleich jene Möglichkeit nur in Berlin tatsächlich genutzt wird und deren Notwendigkeit auch dort immer wieder legitimiert werden muss. So wurde beispielsweise zwischen den Jahren 2000 und 2004 infolge von Sparanstrengungen die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des SGB XIII in allen Berliner Bezirken um bis zu 60 % heruntergefahren (vgl. Bertram 2010, S. 6), gar die Ausführungsverordnung, welche die Kostenantrags- und Hilfeplanverfahren regelte, außer Kraft gesetzt.

Eine Fortführung der KJHG-Psychotherapie war zu diesem Zeitpunkt mehr als fraglich, sodass 2004 die sogenannte „KJHG-Kommission“ innerhalb der Berliner Psychotherapeutenkammer aus Vertreter_innen des Kammervorstandes, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten, Schulpsychologischen Zentren sowie in freier Niederlassung Arbeitenden gegründet wurde. Deren Aufgabe war es, sowohl Indikations- als auch Abgrenzungskriterien von SGB V und

SGB XIII als Diskussionsgrundlage für den Dialog mit der Verwaltung zu erstellen (vgl. Schmidt 2017, S. 12 ff.).

In einem ersten Ergebnispapier wurde festgehalten, „dass *Psychotherapie in beiden Hilfesystemen:*

- *einen gleichrangigen Platz mit unterscheidbarer Funktion und Zielen hat,*
- *das Vorliegen einer psychischen Störung erfordert,*
- *von approbierten PsychotherapeutInnen durchgeführt werden muss*
- *und dass für die Arbeit im Jugendhilfebereich zusätzlich zur psychischen Störung entweder ein erheblicher Erziehungsbedarf, eine Gefährdung des Kindeswohls oder die Einschränkung der Teilhabe des jungen Menschen am Leben in der Gemeinschaft vorliegen muss.“*

(Psychotherapeutenkammer Berlin, KJHG-Kommission: Ergebnis-papier „Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe“ 2004, nach Schmidt 2017, S. 13)

Neben genanntem Ergebnispapier muss an dieser Stelle auf eine weitere Publikation hingewiesen werden, die einen immensen Beitrag zur Implementierung der Psychotherapie in der Jugendhilfe geleistet hat: Das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner zur „Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht“ von 2005. Dieses wird im Anschluss an dieses Kapitel einer näheren Betrachtung unterzogen.

2005 wurden psychotherapeutische und andere therapeutische Leistungen als Jugendhilfemaßnahme im Berliner AG-KJHG benannt. Im selben Jahr publizierte die Psychotherapeutenkammer Berlin die Indikationskriterien für die KJHG-Therapie, sodass 2006 infolge positiver Rückmeldungen aus den Berliner Bezirken zur Arbeit mit dem Indikationspapier *Psycho-, Familien- und Lerntherapien* in einer *Rahmenleistungsbeschreibung zu den ambulanten therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII* festgeschrieben werden konnten.

1.2.2.2 Rechtsgutachten

Wie oben erwähnt beauftragte die Psychotherapeutenkammer Berlin im Zuge der Diskussion über die Notwendigkeit der weiteren Finanzierung von Psychotherapie als Leistung der Jugendhilfe den gemeinhin als *Vater des Kinder- und Jugendhilfegesetzes* bekannten Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner, ein Rechtsgutachten zu erstellen, dessen Priorität in der rechtlichen Begründung von Psychotherapie im SGB VIII lag und welches im Juni 2005 veröffentlicht wurde.

Hierin nimmt Wiesner unter anderem auf das oben schon erwähnte Berliner Ausführungsgesetz AG-KJHG Bezug, in welchem zu den in § 27 SGB VIII erwähnten therapeutischen Leistungen ausgeführt wird:

Therapeutische Leistungen werden im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach § 27 oder Eingliederungshilfe nach § 35 a des Achten Buches Sozialgesetzbuch erbracht, wenn sie geeignet und notwendig sind und pädagogische Mittel allein nicht ausreichen. Sie umfassen sowohl psychotherapeutische als auch andere therapeutische Leistungen nach wissenschaftlich anerkannten Methoden und werden von Personen durchgeführt, die über die erforderliche therapeutische Qualifikation verfügen müssen.
(AG-KJHG, i. d. F. v. 27.04.2001; nach Wiesner 2005, S. 32)

Wiesner schließt hieraus zwar keine rechtlich bindende, sondern lediglich eine interpretierende Bedeutung, jedoch hätte die Streichung des § 27 AG-KJHG, wie sie diskutiert worden war, „**rechtspolitisch** als Signal für eine **restriktivere Praxis** verstanden werden können“ (Hervorhebung durch den Verfasser, Wiesner 2005, S. 34).

Er verweist zudem darauf hin, dass es in anderen Bundesländern keine vergleichbaren Regelungen gibt, die denen des Berliner Ausführungsgesetzes bezüglich der therapeutischen Leistungen ähneln, und stellt bezugnehmend auf stichprobenartige Umfragen in anderen Großstädten fest, dass außerhalb Berlins ambulante psychotherapeutische Leistungen entweder Kassenleistungen nach SGB V sind oder im Rahmen des SGB VIII ausschließlich in Erziehungsberatungsstellen erbracht werden (vgl. Wiesner 2005, S. 35).

1.2.2.3 Indikation

Im Gegensatz zur Richtlinien-Psychotherapie nach SGB V, bei welcher das Familiensystem als intakt angesehen und allenfalls unter psychodynamischen Gesichtspunkten als mit der Erkrankung zusammenhängend betrachtet wird, werden im Rahmen der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie nach § 27 bei seelischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten die erzieherischen Defizite der Bezugspersonen inklusive elterlicher Überforderungssituationen als maßgeblich für deren Entstehung bewertet. Weiterhin müssen eine Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung des jungen Menschen sowie ein ungedeckter erzieherischer Bedarf vorliegen. Zudem muss die Psychotherapie geeignet sein, die Zwecke von Hilfe zur Erziehung zu erfüllen (vgl. Schmidt 2017, S. 16 ff.).

Eine Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie nach § 35a ist hingegen dann angezeigt, wenn die seelische Gesundheit des jungen Menschen durch eine seelische Erkrankung länger als sechs Monate vom lebensalters-typischen Zustand abweicht sowie dadurch eine (drohende) seelische Behinderung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder wahrscheinlich beeinträchtigen wird.

1.2.2.4 Behandlungsziele

Vordergründig ist bei der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie natürlich der Abbau der psychischen Störung beziehungsweise Behinderung, jedoch unterscheidet sie sich von der Richtlinien-Psychotherapie maßgeblich durch die darüber hinaus gehenden Fokusse der Integration des jungen Menschen in sein Umfeld einerseits, der intensiven Arbeit mit den Eltern andererseits:

- *Abbau von Verhaltensstörungen und Problemen, welche die familiäre, soziale, schulische und berufliche Integration stören oder sie mit hoher Wahrscheinlichkeit stören werden. Reduzierung des Störungs- und Anforderungspotentials bei dem jungen Menschen auf ein Maß, das es seinen erwachsenen Bezugs-*

personen realistisch erlaubt, konstruktive Auseinandersetzungsformen (wieder-) zu gewinnen,

- *Veränderung zentraler, als belastend empfundener Verhaltensweisen und Einstellungen, soweit sie den eingangs genannten grundlegenden Zielstellungen entgegenstehen, sowie Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten,*
- *Stärkung der erzieherischen Kompetenz der Eltern und anderer Bezugspersonen, damit diese in die Lage versetzt werden, ihren für die Entwicklung des jungen Menschen notwendigen Beitrag zu leisten,*
- *Verbesserung des familiären Interaktions- und Beziehungsgefüges unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der relevanten Bezugspersonen, zur Sicherung der Entwicklung des jungen Menschen zu einer altersgemäß entwickelten eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit,*
- *Krisenintervention und Prävention im Rahmen der Psychotherapie.*

(Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft / Vertragskommission Jugend 2006, S. 2)

1.2.2.5 Leistungen

Um die genannten Ziele zu erreichen sind folgende Leistungen notwendig (Schmidt 2017, S. 22):

- *Psychotherapeutische Bearbeitung von Verhaltens- und Erlebensstörungen, sozialen Entwicklungsstörungen, Beziehungskonflikten und Symptomen in zu vereinbarenden Settings (einzel-, gruppen-, familienbezogen).*
- *Psychologische Beratung der Erziehungspersonen und anderer Bezugspersonen, auch im weiteren sozialen Umfeld wie Schule, Hort und Kita.*
- *Kooperation mit dem Jugendamt, fachdiagnostischen Diensten und Teilnahme an Hilfekonferenzen.*
- *Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes auf der Basis probatorischer Sitzungen.*
- *Fertigung von Zwischen- und Abschlussberichten.*
- *Weitere fallbezogene Leistungen im Rahmen der Qualitätssicherung.*

1.2.2.6 Behandlungsumfang

In Anerkennung der durch die oben beschriebenen Behandlungsziele und -leistungen entstehenden hohen Intensität der Behandlung sowie unter Berücksichtigung der Wirksamkeitsforschung wurden von der zuständigen Senatsverwaltung auskömmliche Kontingente an Fachleistungsstunden für die Umfänge der verschiedenen Therapiesettings geschaffen. Damit werden außer den Therapie- und Beratungsleistungen auch diejenigen für Hilfekonferenzen, Dokumentationen, Erstellung von Therapieplänen, Kooperationsgespräche, Schulkonferenzen etc. abrechenbar.

Die Kontingente gelten als Standard und werden im Einzelfall von den fachdiagnostischen Diensten in Absprachen mit den Psychotherapeut_innen festgelegt. Die Behandlungsumfänge von Psychotherapien in der Jugendhilfe sind erheblich höher als in der Krankenbehandlung gemäß SGB V.

So betragen sie bei einem Setting mit einer Therapiestunde in der Woche 80 Fachleistungsstunden im Jahr und 125 bei einem Setting mit zwei Therapiesitzungen pro Woche (zuzüglich je 5 probatorischer Sitzungen). KJHG-Therapien laufen in der Regel über zwei Jahre, in begründeten Fällen ist ein drittes Jahr möglich. In Krisensituationen ist eine Kurzzeittherapie mit maximal 30 Fachleistungsstunden in einem vereinfachten Verfahren ohne Probatorik möglich (vgl. Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung 2009, S. 3 ff.)

1.2.2.7 Wirksamkeit

2009 wurde die Berliner Senatsverwaltung vom Abgeordnetenhaus beauftragt, die Wirksamkeit der Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. evaluieren zu lassen. Das e/l/s-Institut (*entwickeln / lernen / sichern*) für Qualitätsentwicklung sozialer Dienstleistungen untersuchte in der Folge ambulante Jugendhilfen (inkl. der therapeutischen Hilfen wie Psycho-

therapie, integrative Lerntherapie und Familientherapie) sowie teil- und vollstationäre Jugendhilfeleistungen.

Als ein Ergebnis ließ sich zunächst festhalten, dass die untersuchten ambulanten Hilfen zur Erziehung eine höhere Wirksamkeit als die (teil-) stationären hatten, wobei die Wirkung einer Hilfe zur Erziehung im Sinne des *„Zugewinn[s] an Kompetenzen, Ressourcen, Chancengerechtigkeit und Teilhabe“* verstanden wird (Tornow 2012, S. 3). Während die stationären Hilfen hinsichtlich der Kategorie *Zielerreichung* nur zu 47 %, die teilstationären zu 49 % als eindeutig positiv bewertet wurden, liegt dieser Wert bei den ambulanten Hilfen ohne therapeutische Hilfen bei immerhin 58 % (vgl. Tornow 2012, S. 12 ff.).

Die therapeutischen Hilfen wurden in der WIMES-Studie (*Wirksamkeit messen*) separat betrachtet. Die Psychotherapie wurde bezüglich der Zielerreichung in 80 % der untersuchten Fälle als eindeutig positiv bewertet und erreichte damit den zweithöchsten Wert der untersuchten Hilfen nach der Lerntherapie mit ca. 84% (vgl. ebd., S. 23).

Die hohe Wirksamkeit der KJHG-Therapie zeigt sich unter anderem auch an der geringen Abbruchquote von lediglich 10 % der Fälle, während dieser Wert zwischen 43 % und 45 % in der stationären Heimerziehung, 31 % in den teilstationären Tagesgruppen und 28 % bei den ambulanten Hilfen ohne therapeutische Hilfen beträgt. Der Mittelwert aller untersuchten Hilfen liegt bei 31 % inklusive der therapeutischen Hilfen beziehungsweise bei 34 % exklusive der therapeutischen Hilfen (vgl. ebd., S. 30).

Schmidt stellt in diesem Zusammenhang die Behauptung auf, dass *„die therapeutischen Hilfen sowohl im vergleichbaren Betreuungszeitraum als auch in der Gesamtbetreuung ökonomisch günstiger sind als die sozialpädagogischen Hilfen“* und schließt hieraus die Notwendigkeit der Klärung am Anfang von Jugendhilfemaßnahmen, *„welche Hilfe(n) für den individuellen Fall am sinnvollsten und prognostisch erfolgversprechendsten sind“* (Schmidt 2017, S. 23).

1.2.2.8 Qualifizierung der Therapeut_innen

Um die spezifischen Herausforderungen, die die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie an die Therapeut_innen stellt, zu bewältigen, müssen interessierte Psychologische Psychotherapeut_innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen sowie Psychotherapeut_innen in Ausbildung unabhängig vom eigenen Verfahren ein zusätzliches Fortbildungscurriculum mit zehn Modulen und ca. 120 Unterrichtseinheiten absolvieren. Um einen Einblick in die inhaltliche Komplexität der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie zu gewähren, werden die Module im Folgenden kurz vorgestellt (Psychotherapeutenkammer Berlin 2013, S. 8 ff.):

Modul 1: Einführung

Therapeutische Arbeit im psychosozialen Netz der Jugendhilfe, SGB VIII, Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfe, Hilfeplanung, Hilfekonferenzen etc.

Modul 2: Diagnostik und Behandlungsplanung

Psychodiagnostik, Diagnostik des Eltern-Kind-Systems, Indikation, Prognose

Modul 3: Kindeswohlgefährdung

Familiäre Gewalt, Traumatisierungen, suchtbelastete Familien, psychisch kranke Eltern, Eltern mit Förderbedarf an erzieherischer Kompetenz („haltlose Familien“)

Modul 4: Besonderheiten in der Behandlungstechnik und den Kommunikationsanforderungen

Bei Psychotherapien in der Jugendhilfe allgemein, Fragen der therapeutischen Abstinenz: Fürsorglichkeit vs. soziales Feld, Freiwilligkeit vs. Zwangskontext, Psychotherapie und Pädagogik, systemische und kontextuelle Perspektiven, Psychotherapeut als „Übersetzer“

Modul 5: Arbeit mit jugendlichen Grenzgängen und Krisen

Der psychiatrische Blick auf jugendliche Krisen, die Perspektive und Arbeit der Krisendienste, Diagnostik, Entwicklungsbehinderung und Entwicklungsförderung

Modul 6: Behandlungsbesonderheiten in der Arbeit mit Jugendlichen

Die besonderen behandlungstechnischen Anforderungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, Rahmenbedingungen, Frequenz, besondere Settings (Freiwilligkeit vs. Zwangskontext), Beziehungsaufbau, psychotherapeutische und

behandlungstechnische Anforderungen, Behandlungskrisen, besondere Anforderungen in der Arbeit mit den Familien, Zusammenarbeit mit anderen Hilfspersonen und Institutionen

Modul 7: Arbeit mit „Multiproblemfamilien“

*Modul 8: Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund
Unterschiedliche Normen, Lebensvorstellungen, Identitätskonflikte, Geschlechterdifferenz, abweichende äußere und/oder innere Realität, „Teilhabebeeinträchtigung“, Schwerpunkte: türkisch, arabisch, ost- und südosteuropäisch*

*Modul 9: Entwicklungsstörung – Entwicklungsförderung
Entwicklungsstörungen (frühe Störungen, Deprivation), Bindungsstörungen, Lernschwierigkeiten/-störungen, Teilleistungsstörungen, schulischer Förderbedarf, Kenntnisse von Versorgungs- und Förderformen*

Modul 10: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen

Anhand der Modulübersicht wird deutlich, welche Themen und Inhalte, die im Rahmen der regulären Psychotherapie-Ausbildung, wenn überhaupt, nur in einem sehr kleinen Ausmaß Teil des Ausbildungscurriculums sind, in der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie einen Schwerpunkt bilden. Sie geben zugleich einen Hinweis darauf, warum so viele Kinder und Jugendliche im Grenzbereich zwischen SGB V und SGB VIII in die Versorgungslücke fallen, anstatt von beiden Systemen aufgefangen zu werden. Es werden dabei jene Aspekte aufgegriffen, die nicht selten zur Weiterverweisung der Klient_innen und Patient_innen an den jeweils anderen Versorgungsbereich führen, und integriert sie in ein Fortbildungscurriculum, auf dessen Basis die KJHG-Therapeut_innen sich sicherer im Grenzbereich von Gesundheitswesen und Jugendhilfe bewegen können.

Neben dem Fortbildungscurriculum müssen die Therapeut_innen zwei Therapien mit jeweils mindestens 100 Behandlungsstunden durchführen, sie mit insgesamt mindestens 25 Stunden supervidieren lassen und zum Ende dokumentieren. Das Curriculum schließt ab mit einem Kolloquium.

1.2.2.9 Antragsverfahren

Im Gegensatz zu anderen Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff., bei denen die Mitarbeiter_innen des Jugendamts entscheiden, ob und welche Hilfe in einer Familie installiert wird, sind bei der KJHG-Therapie sogenannte Fachdiagnostische Dienste zwischengeschaltet, in denen approbierte Psychotherapeut_innen und/oder Fachärzt_innen arbeiten. Diese beauftragen nach eigenen Untersuchungen und entsprechender Indikationsstellung Psychotherapeut_innen, die in der Folge die Probatorik durchführen und einen Behandlungs- und Kostenplan erstellen. Sodann verfassen sie „Hilfebegründende Gutachterliche Stellungnahmen“ für das Hilfeplanverfahren, welches neben den Zielen auch den Beginn, die Laufzeit sowie den Umfang und das Setting der Hilfe festgelegt (vgl. Schmidt, 2017, S. 29 ff.).

2. Identifizierung je eines sozialen Brennpunkts in Dresden und Berlin

Nachdem im ersten Teil dieser Arbeit ein Überblick über die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gemäß den Sozialgesetzbüchern V und VIII gegeben wurde, wird im zweiten Teil zunächst je ein sozialer Brennpunkt der beiden Großstädte Dresden und Berlin identifiziert werden, bevor im dritten Teil neben dem jeweiligen Hilfebedarf vor allem die Versorgungssituation bezüglich ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in diesen Brennpunkten analysiert wird.

Die Auswahl der Städte Dresden und Berlin erfolgt aus folgenden Gründen:

Berlin als deutsche Hauptstadt ist mit ihren 3,6 Millionen Einwohner_innen wie in Kapitel 1.2.2 angesprochen das einzige Bundesland beziehungsweise der einzige Stadtstaat in Deutschland, in der – abgesehen von der Erziehungs- und Familienberatung – ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht nur durch das Gesundheitswesen, sondern auch durch die Jugendhilfe finanziert wird, und damit für die vorliegende Arbeit neben ihrem Merkmal als größte deutsche Stadt vor allem inhaltlich im besonderen Maße relevant.

Dresden hingegen steht exemplarisch für eine von 85 deutschen Großstädten mit mehr als 100 000 Einwohner_innen – jede_r dritte Deutsche (insgesamt 26 Millionen Menschen) lebt in einer solchen. Darüber hinaus repräsentiert Dresden mit seinen 547 000 Einwohner_innen eine von insgesamt elf deutschen Großstädten mit Einwohner_innenzahlen zwischen einer halben und einer dreiviertel Million Menschen, was insgesamt 6,4 Millionen Menschen entspricht (vgl. statista 2018).

Die Auswahl der beiden Stadtteile wird anhand der Anzahl von Kindeswohlgefährdungsmeldungen je 1000 Kinder und Jugendliche vorgenommen, da eine Gefährdung des Kindeswohls in der Regel mit einer Gefährdung der psychischen Gesundheit einhergeht und Psychotherapie

einen Beitrag zur Abwendung dieser Gefährdung leisten kann, was auch eine explizite Aufgabe der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie ist.

Um ein umfassendes Bild auch jenseits der nackten Zahlen zur Kindeswohlgefährdung zu vermitteln, werden die beiden Stadtteile anschließend unter folgenden Aspekten näher betrachtet:

- Anteil der Empfänger_innen von Leistungen nach SGB II,
- Anteil Alleinerziehender,
- Anteil an Personen mit niedrigem beziehungsweise ohne Schulabschluss.

Weitere mögliche Aspekte wie beispielsweise Kriminalität oder Migrationshintergrund erfahren keine nähere Betrachtung, da dies bezüglich Erstgenanntem den inhaltlichen Rahmen der Arbeit sprengen würde und es bezüglich Zweitgenanntem aufgrund der Entwicklung seit 2015 in Bezug auf die Flüchtlingsthematik kaum aktuelle und belastbare Zahlen gibt.

Die obige Auswahl ist nicht abschließend, sondern gibt mit den Aspekten Armut, Familienform und Bildung lediglich einen Einblick in das weitaus komplexere Thema der sozialen Benachteiligung.

2.1 Kindeswohlgefährdung

Sowohl das Kindeswohl als auch dessen Gefährdung sind sogenannte unbestimmte Rechtsbegriffe, sodass eine eigenständige Interpretation im Einzelfall zu erfolgen hat. Als Orientierung dient zum einen die Fragestellung, inwieweit es den Personensorgeberechtigten gelingt, die kindlichen Grundbedürfnisse ausreichend zu befriedigen, sodass ein Heranwachsen des jungen Menschen zu einer eigenverantwortlichen, altersgemäß entwickelten und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit gegeben ist.

Zum anderen gilt bereits seit den Fünfzigerjahren *„eine gegenwärtige in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren*

Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“ (Bundesgerichtshof 1956) als Kindeswohlgefährdung. Gemäß dieser Definition müssen drei Kriterien gleichzeitig erfüllt sein, damit von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen ist:

- die Gefährdung des Kindes muss gegenwärtig gegeben sein,
- die gegenwärtige oder zukünftige Schädigung muss erheblich sein,
- die Schädigung muss sich mit ziemlicher Sicherheit vorhersehen lassen, sofern sie noch nicht eingetreten ist.

Der Schutzauftrag für Kinder und Jugendliche – und damit auch der Auftrag zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung – liegt bei den Jugendämtern und ist im SGB VIII geregelt:

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.
(§ 8a, Absatz 1, SGB VIII)

Eine Kindeswohlgefährdung liegt vor, wenn eine erhebliche Schädigung des geistigen, körperlichen oder seelischen Wohls des Kindes beziehungsweise Jugendlichen mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten oder schon eingetreten ist. Möglich sind dabei folgende Ergebnisse der Gefährdungseinschätzung:

- akute Kindeswohlgefährdung,
- latente Kindeswohlgefährdung,
- keine Kindeswohlgefährdung, aber Hilfe- oder Unterstützungsbedarf,
- keine Kindeswohlgefährdung und kein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf.

Laut Statistischem Bundesamt (vgl. destatis 2017) führten die Jugendämter 2016 deutschlandweit rund 136 900 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls, ein Anstieg um 5,7 % gegenüber dem Vorjahr. Als Kindeswohlgefährdung wurden 45 800 Fälle (33,5 %) bewertet, davon 21 600 (15,8 %) als akut und 24 200 als latent (17,7 %). In 46 600 Fällen (34 %) wurde zwar eine Kindeswohlgefährdung ausgeschlossen, aber weiterer Hilfe- beziehungsweise Unterstützungsbedarf festgestellt. Weder Kindeswohlgefährdung noch Hilfebedarf war das Ergebnis in 44 500 Fällen (32,5 %). Als Grund für die Kindeswohlgefährdungen wurde zu einem überwiegenden Teil Vernachlässigung (61 %) genannt, gefolgt von psychischer (28 %) sowie körperlicher Misshandlung (26 %) sowie sexueller Gewalt in 4 % der Fälle (siehe Abbildung 2).

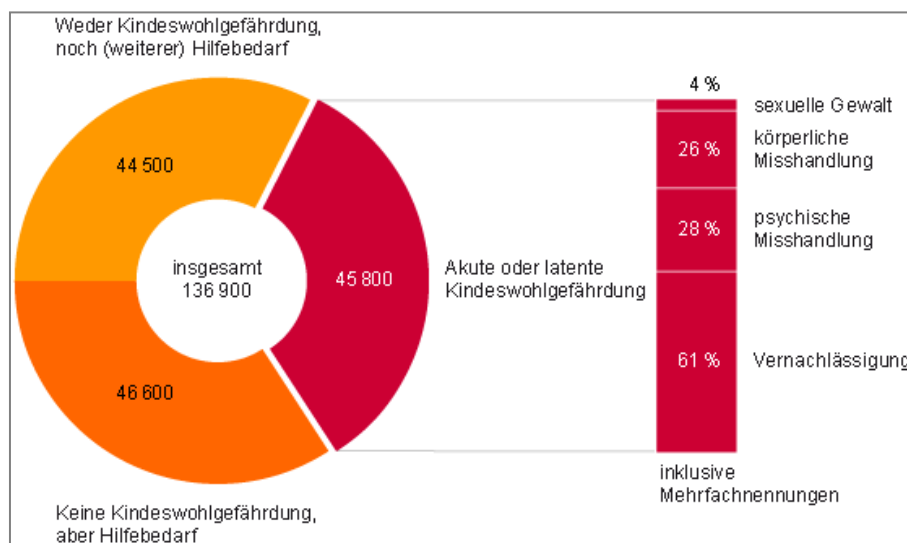


Abbildung 2: Verfahren zur Kindeswohlgefährdung 2016 nach Ergebnis und Art (vgl. destatis 2017)

In knapp einem Viertel aller Einschätzungen zur Gefährdung des Kindeswohls waren Kleinkinder unter drei Jahren vorrangig betroffen (23,2 %). Jeweils ca. ein Fünftel der Verfahren bezog sich auf Drei- bis Fünfjährige (19,4 %), Sechs- bis Neujährige (22,7 %), Zehn- bis Dreizehnjährige (18,7 %).

2.1.1 Dresden

Laut dem internen Arbeitspapier zur Auswertung der Datenerfassungen zu Kindeswohlgefährdungsmeldungen im ASD Dresden von 2016 (siehe Anlage 1, S. 1 ff.) sank die Zahl der Meldungen bei Kindeswohlgefährdung in den vergangenen Jahren trotz steigender Bevölkerungszahl der Minderjährigen von knapp 1786 (2014) auf 1574 Meldungen (2016). Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 1,75 % aller Dresdner Kinder und Jugendlichen (2014: 2,13 %).

So erfreulich die sinkenden Zahlen klingen, so dürfen sie nicht darüber hinwegtäuschen, dass Polizei, Erzieher_innen in Kindertagesstätten, Lehrer_innen, Leistungserbringer von laufenden Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff., aufmerksame Nachbar_innen und Bekannte sowie in zunehmendem Maße auch Kliniken und Kinderärzt_innen bei fast zwei von 100 Kindern und Jugendlichen hinreichend Gründe für eine Kindeswohlgefährdungsanzeige sahen.

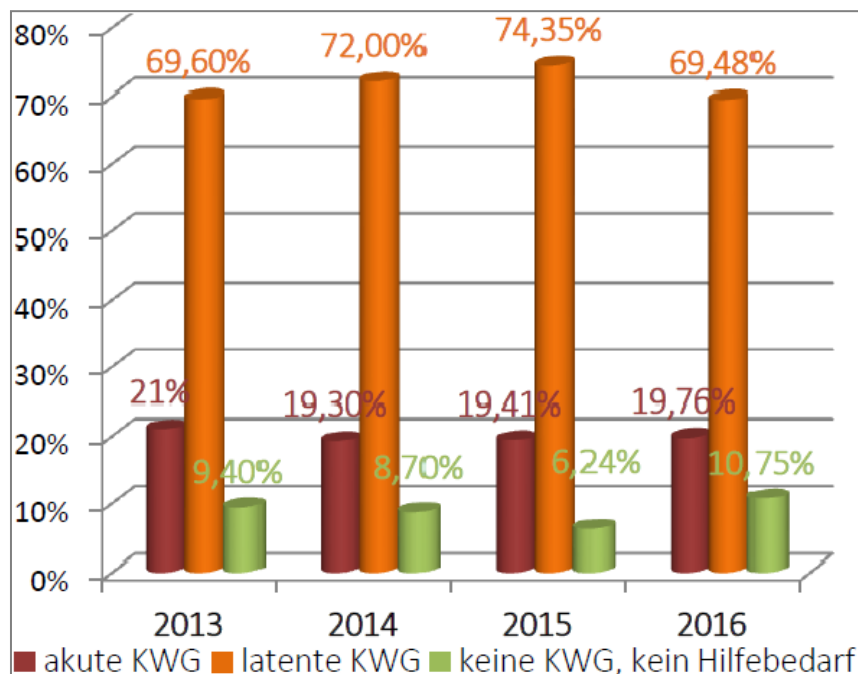


Abbildung 3: Verteilung der KWG-Meldungen nach Prüfung und Bewertung der Fälle in Gefährungsgrade (siehe Anlage 1, S. 2)

Eine genauere Analyse der gemeldeten Zahlen von 2016 zeigt, dass bei ca. 69,5 % eine latente (deutschlandweit: 17,7 %) und bei ca. 19,8 % eine akute Gefährdung (deutschlandweit: 15,8 %), hingegen bei ca. 10,8 % keine Gefährdung (deutschlandweit: 32,5 %) vorlag (siehe Abbildung 3).

Die Dresdner Zahlen bezüglich der Bewertung als *latente* beziehungsweise *keine Kindeswohlgefährdung* weichen also deutlich vom bundesdeutschen Durchschnitt ab. Es ist naheliegend, dass dies eher an einer anderen Bewertung beziehungsweise Kategorisierung der Ergebnisse durch den Allgemeinen Sozialen Dienst Dresden liegt als an einer grundlegend anderen Elternschaft: Das Statistische Bundesamt erfasst neben den Kategorien *akute*, *latente* und *keine Gefährdung* zudem die Kategorie *keine Gefährdung, aber Hilfebedarf* (siehe Kapitel 2.1).

Knapp die Hälfte der Meldungen (ca. 47 %) betreffen Kinder von null bis fünf Jahren und ca. 40 % die Sechs- bis Dreizehnjährigen, womit sich der bundesdeutsche Trend (43 % beziehungsweise 41 %) auch in Dresden widerspiegelt. Die übrigen Meldungen beziehen sich auf die Vierzehn- bis Siebzehnjährigen (siehe Anlage 1, S. 4).

Über 40 % der Dresdner Kindeswohlgefährdungsmeldungen gingen 2016 bei den Allgemeinen Sozialen Diensten der Ortsämter Prohlis (20,65 %) und Cotta (19,82 %) ein (ebd., S. 8). Setzt man diese jedoch ins Verhältnis zur Bevölkerungszahl der Null- bis Siebzehnjährigen, so ergibt sich vor allem für Prohlis ein erschreckendes Bild (siehe Abbildung 4): So gab es in diesem Ortsamtsbereich bei doppelt so vielen Kindern und Jugendlichen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (3,47 %) als im städtischen Durchschnitt.

2017 wurde der Ortsamtsbereich Cotta aufgeteilt, sodass es nun zwei eigenständige Ortsamtsbereiche Cotta und Gorbitz gibt. Für letzteren ist eine ähnlich hohe Quote zu erwarten wie auch für Prohlis.

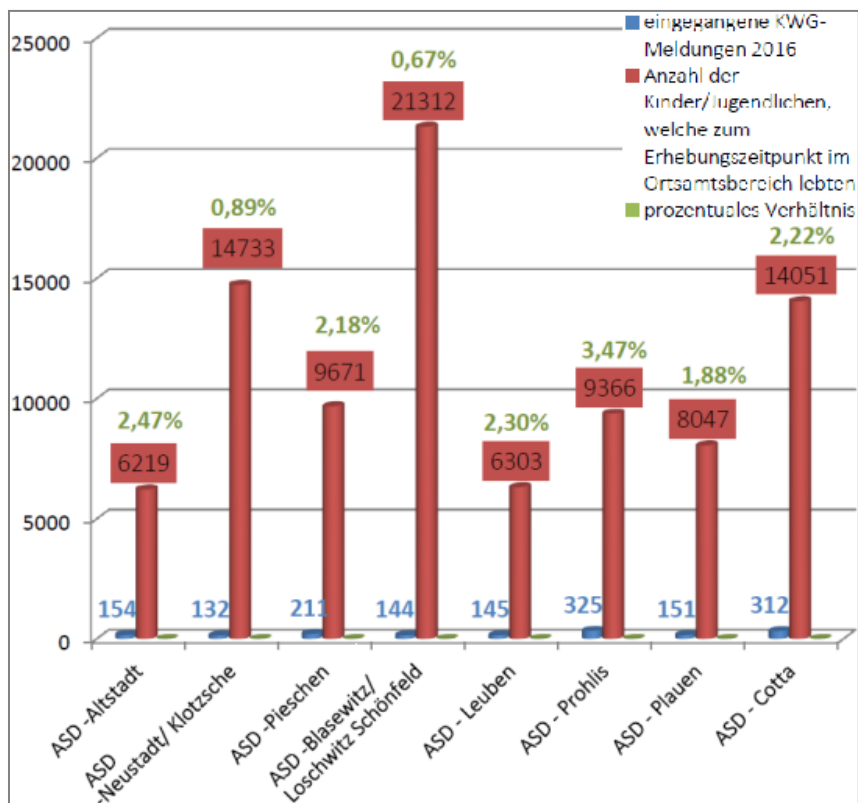


Abbildung 4: 2016 eingegangene KWG-Meldungen je ASD im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren, welche im genannten Ortsamtsbereich zum Zeitpunkt leben (siehe Anlage 1, S. 8)

2.1.2 Berlin

Bei den folgenden Zahlen wird sich auf die Verfahren zur Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII im Jahr 2014 bezogen, statt wie im Falle Dresdens auf die Kindeswohlgefährdungsmeldungen im Jahr 2016. Zum einen standen für Berlin keine aktuelleren Zahlen zur Verfügung, zum anderen unterscheidet sich die statistische Erfassung beider Städte geringfügig (Meldungen vs. Verfahren). Insofern sind die Zahlen beider Städte nur bedingt vergleichbar.

2014 wurden laut Kusche (vgl. 2015, S. 52 ff.) in Berlin 11772 Verfahren zur Gefährdungseinschätzung vorgenommen – ein Anstieg von 33,9 % im Vergleich zu 2012. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 2,24 % aller Berliner Kinder und Jugendlichen (Dresden 2016: 1,75 % / 2014: 2,13 %). Ebenso wie in Dresden wurde auch in Berlin bei ca. einem

Fünftel der Meldungen eine akute Gefährdungseinschätzung (20,1 %) festgestellt. Anders als in Dresden lag der Wert für eine latente Kindeswohlgefährdung bei nur ca. 31,1 % (Dresden: ca. 69,5 %). Zu vermuten ist, dass der Hauptgrund für diesen großen Unterschied wie oben beschrieben in der unterschiedlichen Kategorisierung liegt (siehe Kapitel 2.1). Das Ergebnis *Keine Kindeswohlgefährdung, aber Hilfebedarf* wurde nach Prüfung von ca. 27,9 % aller Meldungen als Ergebnis festgestellt. Der Anteil derjenigen Meldungen, bei welchen weder Gefährdung noch Hilfebedarf vorlag, beträgt 20,9 % (siehe Abbildung 5) und war damit fast doppelt so hoch wie in Dresden (10,8 %).

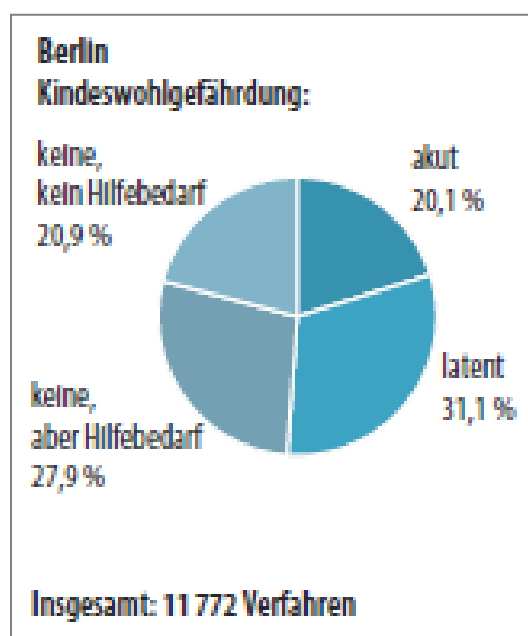


Abbildung 5: Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls 2014 nach dem Ergebnis des Verfahrens (vgl. Kusche 2015, S. 53)

Auch in Berlin betrafen die Meldungen zu einem großen Teil Kinder unter sechs Jahren (ca. 40 %), jedoch weniger als in Dresden (ca. 47 %). Bei den 6-13-Jährigen liegt der Wert mit ca. 43 % höher (Dresden: ca. 40 %). Damit zeigt sich im Vergleich der beiden Städte ein umgekehrtes Bild. Worauf dies zurückzuführen ist, bedarf einer genaueren Analyse. Einen Erklärungsansatz bietet die enorme Qualifizierung, die die Fachkräfte in der Elementarpädagogik in den vergangenen Jahren durch ihren gesamt-

gesellschaftlichen Bedeutungszuwachs erfahren hat. In Anbetracht der unterschiedlichen Erfassungszeiträume (2016 in Dresden, 2014 in Berlin) kann eine zunehmende Sensibilität der Fachkräfte für das Thema Kindeswohlgefährdung in den Kindertageseinrichtungen ausschlaggebend für oben genannten Unterschied sein. Eine weitere Vermutung ist, dass die Entwicklung an den Berliner Schulen infolge der medialen Aufmerksamkeit, die diese im Zusammenhang mit dem sogenannten „Brandbrief“ der Lehrer_innen der Rütli-Schule in Neukölln 2006 erfahren haben, eine höhere Sensibilität der Berliner Lehrkräfte zu Folge hatte.

Betrachtet man in Berlin die prozentuale Verteilung der Kindeswohlgefährdungsmeldungen im Verhältnis zur Anzahl der im Bezirk lebenden Kinder und Jugendliche, so steht an vorderster Stelle nicht wie zu vermuten Marzahn-Hellersdorf mit 3,03 % oder Neukölln mit gar nur 1,12 %, sondern Reinickendorf mit 3,25 % (Dresden-Prohlis: 3,47 %), gefolgt von Treptow-Köpenick mit 3,05 % (siehe Abbildung 6).

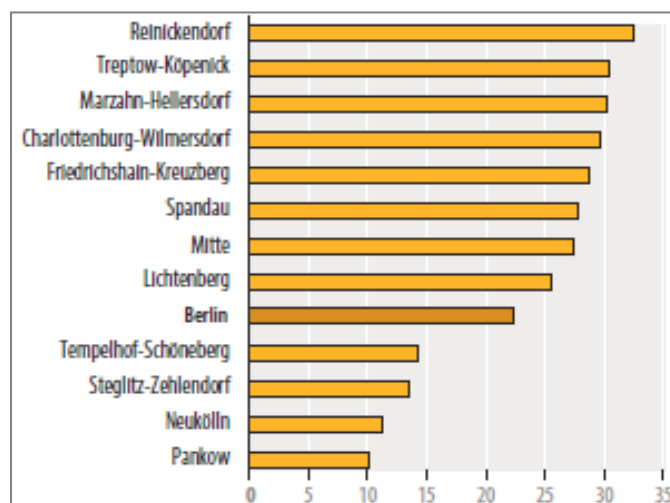


Abbildung 6: Verfahren zur Einschätzung des Kindeswohls
2014 je 1000 Kinder und Jugendliche nach Bezirken
(vgl. Kusche 2015, S. 53)

2.2 Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch II

Wenn von sozialen Brennpunkten die Rede ist, fällt unweigerlich der Begriff *Hartz IV*. Unter diesem Begriff, benannt nach dem ehemaligen VW-

Manager Peter Hartz, der als Leiter einer von der Bundesregierung eingesetzten Kommission im August 2002 Vorschläge für eine Reform und Belebung des deutschen Arbeitsmarktes vorgelegt hat, versteht man das Arbeitslosengeld II nach dem zweiten Sozialgesetzbuch. Es ist eine Grundsicherung unabhängig vom vorherigen Einkommen, soll ein menschenwürdiges Existenzminimum sichern und setzt sich zusammen aus den Kosten für eine angemessene, also nicht zu teure Wohnung sowie einer festen Summe von derzeit:

- 416 € für Alleinstehende / Alleinerziehende,
- 374 € für volljährige Partner innerhalb der Bedarfsgemeinschaft,
- 332 € für Kinder von 18 bis unter 25 Jahren,
- 316 € für Kinder von 14 bis unter 18 Jahren,
- 296 € für Kinder von 6 bis unter 14 Jahren,
- 240 € für Kinder von 0 bis 5 Jahren.

Deutschlandweit bezogen 2015 ca. 5,8 Millionen Menschen Leistungen nach SGB II, das entspricht einer Quote von 7,1 % (vgl. destatis 2016). Doppelt so hoch (14,2 %) ist diese Quote hingegen bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren – jedes siebte Kind bezog Ende 2017 Leistungen nach SGB II (vgl. statista 2017).

Da Armut als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen gilt, ist es wenig verwunderlich, dass die meisten Kindeswohlgefährdungsmeldungen bei denjenigen zuständigen Allgemeinen Sozialen Diensten der oben genannten Jugendämter eingehen, deren Verantwortungsbereich einen überdurchschnittlichen Anteil an SGB-II-Empfänger_innen aufweist.

2.2.1 Dresden

2016 waren im Durchschnitt 10,1 % der Dresdner Einwohner_innen regelleistungsberechtigt nach SGB II, in der Altersgruppe der Unter-15-Jährigen waren es 12,8 % (vgl. Kommunale Statistikstelle Dresden 2017b, S. 82 ff.).

Die beiden Ortsamtsbereiche mit den verhältnismäßig höchsten Zahlen sind (siehe Abbildung 7; Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Abbildungen 7 und 10):

- Prohlis mit 15,8 % aller Einwohner_innen beziehungsweise 20,2 % der Unter-15-Jährigen und den Gebieten Prohlis-Nord (71), Prohlis-Süd (72), Niedersedlitz (73), Lockwitz (74), Leubnitz-Neuostra (75), Strehlen (76) und Reick (77),
- Cotta / westliche Ortschaften mit 12,4 % aller Einwohner_innen beziehungsweise 16,7 % der Unter-15-Jährigen und den Gebieten Cossebaude/Mobschatz/Oberwartha (90), Cotta (91), Löbtau-Nord (92), Löbtau-Süd (93), Naußlitz (94), Gorbitz-Süd (95), Gorbitz-Ost (96), Gorbitz-Nord/Neu-Omsewitz (97), Briesnitz (98), Altfranken/Gompitz (99).

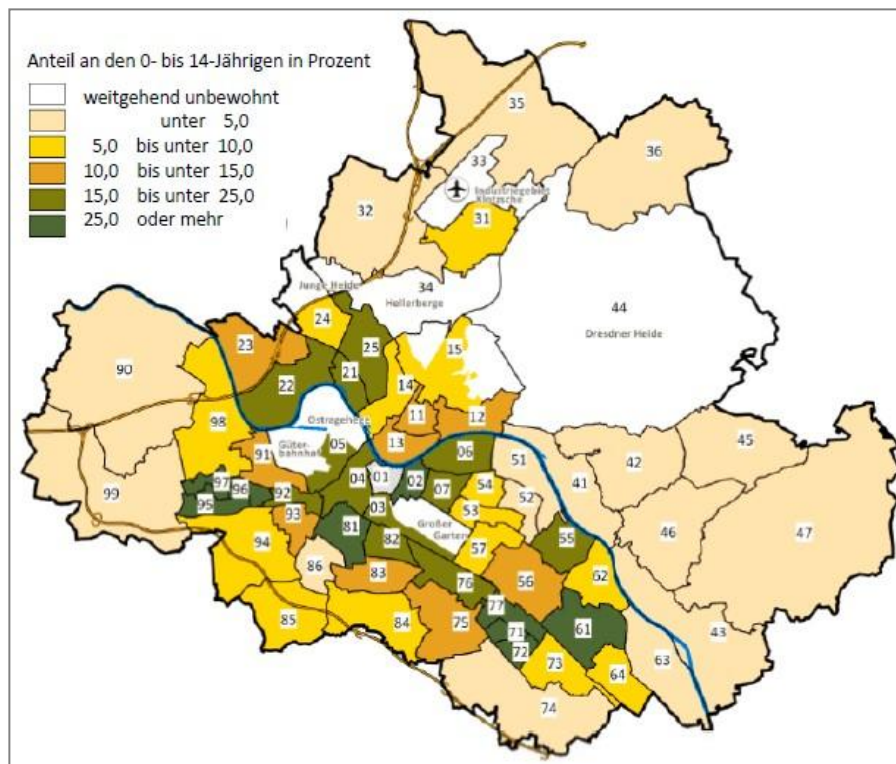


Abbildung 7: Unter-15-jährige Regelleistungsberechtigte nach SGB II 2016
(vgl. Kommunale Statistikstelle Dresden 2017b, S. 85)

Aufgrund der bezüglich des sozioökonomischen Status' ihrer Einwohner_innen je nach Gebiet sehr heterogenen Zusammensetzung der Orts-

amtsbereiche ist eine kleinteiligere Analyse vonnöten: So waren beispielsweise im Gebiet Prohlis-Süd (72) 35,0 % aller Einwohner_innen und 43,5 % der Unter-15-Jährigen regelleistungsberechtigt, im Gebiet Gorbitz-Süd (95) 33,2 % beziehungsweise 45,2 % (siehe Abbildung 7).

Das heißt, es gibt Gebiete innerhalb zweier Ortsamtsbereiche, in denen fast jede_r dritte Einwohner_in und fast jede_r zweite Unter-15-Jährige regelleistungsberechtigt nach SGB II ist. Die höchsten Werte außerhalb der genannten Ortsamtsbereiche liegen im Gebiet Leuben (61) mit „nur“ 17,9 % aller Einwohner_innen beziehungsweise im Gebiet Südvorstadt-West (81) mit 28,5 % aller Unter-15-Jährigen.

2.2.2 Berlin

In Berlin lebte Ende 2014 ca. ein Fünftel (19,9 %) der Unter-65-Jährigen in einer Bedarfsgemeinschaft nach SGB II (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015, S. 47). Unter-18-Jährige lebten zu 29,1 % in Bedarfsgemeinschaften mit SGB-II-Bezug (vgl. statista 2017). Berlin liegt damit deutschlandweit auf dem vorletzten Platz. Lediglich in Bremen ist dieser Wert noch höher (31,2 %).

Berlinweit am höchsten sind die SGB-II-Quoten in den Bezirken Neukölln (29,4 %), Mitte (26,9 %), Spandau (25,8 %) und Reinickendorf (22,9 %) (siehe Abbildung 8). Diese Werte sind mit den oben genannten Dresdner Zahlen nicht vergleichbar, da jene auch die Über-64-Jährigen berücksichtigen beziehungsweise ausschließlich die Unter-15-Jährigen.

Die Korrelation der Kategorien *Kindeswohlgefährdungsmeldungen* und *SGB-II-Bezug* ist in Berlin nicht in demselben Maße zu konstatieren wie in Dresden: Im Bezirk Neukölln, der bezüglich der SGB-II-Quote zwar einen unrühmlichen Spitzenplatz erreicht, gab es hingegen prozentual nur halb so viele Kindeswohlgefährdungsmeldungen, wie im städtischen Durchschnitt, während die genannte Korrelation in den Bezirken Mitte, Spandau und Reinickendorf durchaus festzustellen ist.

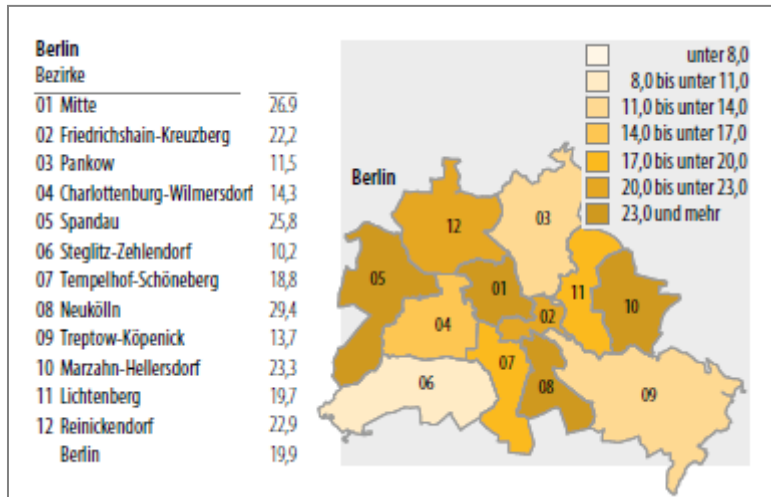


Abbildung 8: SGB-II-Quoten nach Berliner Bezirken 2014
(vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015)

Unterschiede innerhalb des Reinickendorfer Bezirks sind ähnlich wie im Ortsamtsbereich Prohlis zu vermuten, jedoch finden sich leider keine genauen und aktuellen Daten für eine kleinräumigere Analyse.

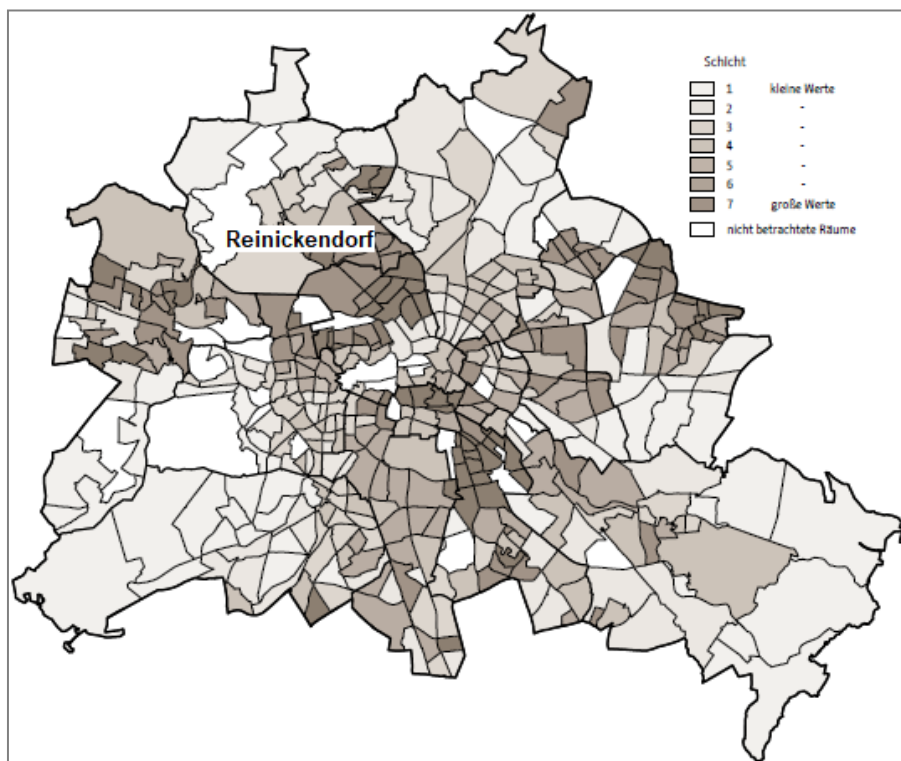


Abbildung 9: Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II unter
15 Jahren an der Bevölkerung in Berlin am 31.12.2011
(vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013, S. 144)

Lediglich im Sozialstrukturatlas Berlins von 2013 finden sich Hinweise auf eine ähnliche Heterogenität bezüglich der sozialen Zusammensetzung, wie sie auch der Dresdner Ortsamtsbereich Prohlis vorweist. So belegt im stadtweiten Vergleich beispielsweise der im Südosten Reinickendorfs gelegene Planungsraum Treuenbrietzener Straße im Märkischen Viertel den fünftletzten Rang von 419 bezüglich des Anteils an Menschen von 15 bis 64 Jahre mit SGB-II-Bezug (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013, S. 139). Bei den Unter-15-Jährigen ergibt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 9).

2.3 Alleinerziehende

Als ein gewichtiger Risikofaktor für soziale Benachteiligung gilt das Aufwachsen bei alleinerziehenden Eltern. Neben den Belastungen, die das Tragen der Hauptverantwortung für die Erziehung mit sich bringen, werden Alleinerziehende häufig strukturell vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen, wodurch wiederum das Armutsrisiko steigt. Laut Bundesarbeitsministerium beziehen ca. 40 % aller Alleinerziehenden Arbeitslosengeld II (vgl. Asmus/Pabst, S. 7)

2.3.1 Dresden

In Dresden waren laut Kommunalen Statistikstelle Dresden (vgl. 2017a, S. 110 ff.) 2016 durchschnittlich 22,7 % aller Haushalte mit Kindern Haushalte Alleinerziehender. Auch hier ergibt sich durch die heterogene Zusammensetzung der Ortsamtsbereiche ein etwas verzerrtes Bild.

Die Ortsamtsbereiche Prohlis und Gorbitz liegen mit 24,6 % beziehungsweise 23,5 % nur leicht über dem gesamtstädtischen Durchschnitt. Jedoch schwanken die Zahlen zwischen den einzelnen Gebieten erheblich: So leben im eher dörflich geprägten Gebiet Lockwitz (74, Ortsamtsbereich Prohlis) mit seinen Einfamilien- und Reihenhaussiedlungen lediglich

14,3 % aller Kinder in Haushalten Alleinerziehender, während dies in den Gebieten Prohlis-Nord (71) für 34,5 % und Prohlis-Süd (72) für 34,8 % aller Kinder gilt (siehe Abbildung 10).

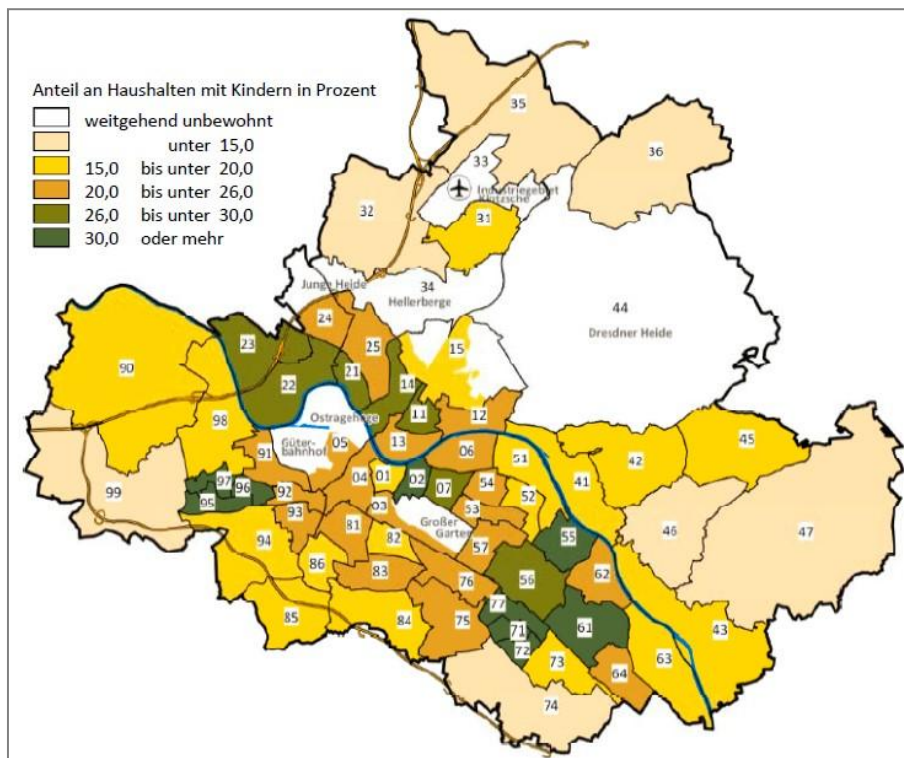


Abbildung 10: Anteil Alleinerziehender an Haushalten mit Kindern 2016
(vgl. Kommunale Statistikstelle 2017a, S. 114)

Im Ortsamtsbereich Cotta gehen die Zahlen gar noch weiter auseinander: Im Gebiet Altfranken/Gompitz (99) beträgt der Anteil nur 10,2 %, in den Gebieten Gorbitz-Süd (95), Gorbitz-Ost (96) und Gorbitz-Nord/Neu-Omsewitz (97) hingegen zwischen 35,4 % und 42,1 %.

Den höchsten Wert aller zehn Ortsamtsbereiche hat der etwas homogener zusammengesetzte Ortsamtsbereich Leuben mit 26,5 %, das Gebiet Leuben (61) den zweithöchsten der 99 Gebiete mit 38,9 %.

2.3.2 Berlin

2016 war fast jede dritte Berliner Familie (32,3 %) eine Einelternerfamilie (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017a, S. 28). Die meisten Alleinerziehenden lebten in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Pankow mit Werten zwischen 38,5 % und 36,4 % (ebd., S. 46).

Reinickendorf liegt mit 32,3 % im städtischen Durchschnitt, sodass wie schon in der Kategorie *SGB-II-Bezug* auch in der Kategorie *Alleinerziehende* nicht von einer eindeutigen Korrelation mit der Kategorie *Kindeswohlgefährdungsmeldungen* gesprochen werden kann, wie es in Dresden zumindest tendenziell der Fall ist. So hat beispielsweise der Bezirk Pankow den drittgrößten Anteil an Alleinerziehenden aller zwölf Berliner Bezirke, jedoch die geringste Anzahl an Kindeswohlgefährdungsmeldungen.

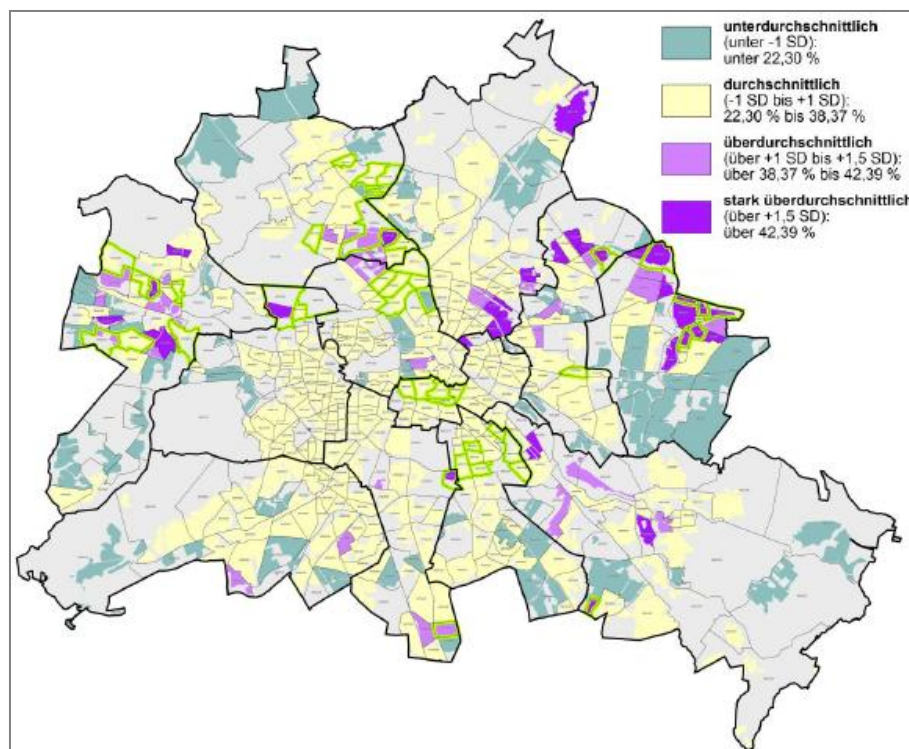


Abbildung 11: Alleinerziehende Haushalte 2014
(vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2015, S. 90)

Dennoch würde sich an dieser Stelle eine kleinteiligere Analyse des Bezirks Reinickendorf lohnen, wie Abbildung 11 in dessen Südosten mit den oben genannten Stadtteilen zeigt, jedoch finden sich auch hier keine Daten für eine Betrachtung einzelner Planungsräume innerhalb der Berliner Bezirke.

2.4 Bildungsniveau

Als letzte Kategorie zur Beschreibung der beiden ausgewählten sozialen Brennpunkte geht es im Folgenden um das Thema Bildung. Dieses ist aufgrund seiner Komplexität nur aus verschiedenen Perspektiven umfassend zu beleuchten, was unter anderem an den unterschiedlichen Bildungssystemen in Sachsen und Berlin liegt und im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann. Aus diesem Grund wird sich vordergründig auf die Bildungsabschlüsse der Dresdner und Berliner Schüler_innen beschränkt.

2.4.1 Dresden

Betrachtet man die Quote von Schulabgänger_innen, die maximal mit einem Hauptschulabschluss die Schule verließen, so war im Erhebungszeitraum zwischen 2011 und 2013 bei einem gesamtstädtischen Durchschnitt von 18,9 % auch in dieser Kategorie der Ortsamtsbereich Prohlis mit 35,1 % trauriger Spitzenreiter, gefolgt von den Ortsamtsbereichen Neustadt mit 35,0 % und Cotta mit 23,9 % (vgl. Jahn u.a. 2014, S. 353 ff.).

Noch fataler zeigt sich die Lage bei den Zahlen zu denjenigen Schüler_innen, die ohne Schulabschluss von der Schule gingen: Auch hier betrug der Prohliser Wert ebenso wie der des Ortsamtsbereiches Plauen knapp das Doppelte des städtischen Durchschnitts (jeweils 11,0 % gegenüber 6,3 %). Der Ortsamtsbereich Cotta lag hier „nur“ im Dresdner Durchschnitt, wenngleich es auch hier Schulen in den Gorbitzer Gebieten gibt, in

denen jede_r Dritte maximal einen Hauptschulabschluss (bis 33,8 %) und jede_r Achte (bis zu 12,8 %) nur das Abgangszeugnis erhielt. An einzelnen Prohliser Schulen erreichte mehr als jede_r Zweite maximal einem Hauptschulabschluss (bis zu 53,6 %), fast jede_r Fünfte verließ die Schule ohne Schulabschluss (bis zu 18,8 %).

Bei der Betrachtung der Empfehlungen für Schulen mit sonderpädagogischem Förderbedarf sowie der Rückstellungen von der Einschulung in den Schuljahren 2011/2012 sowie 2012/2013 zeigt sich ein ähnliches Bild, denn auch hier waren vor allem die schon mehrfach genannten Prohliser, aber auch manche Gorbitzer Gebiete auffällig (siehe Abbildung 12).

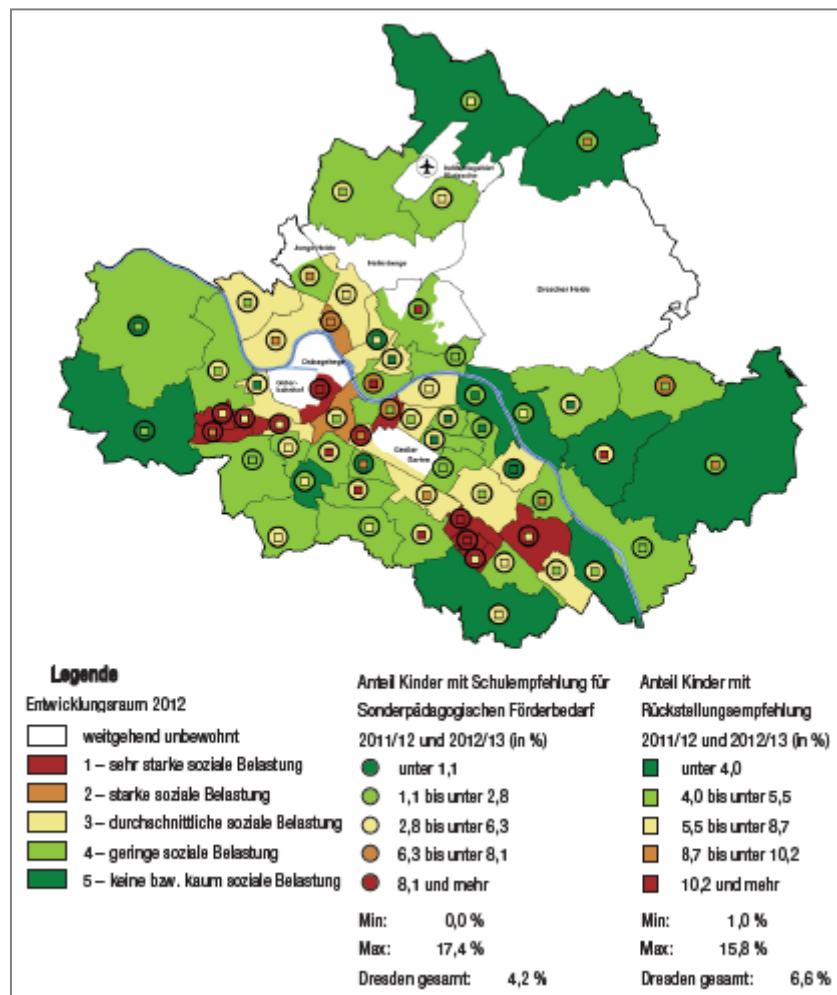


Abbildung 12: Schulempfehlungen für sonderpädagogischen Förderbedarf und Rückstellungsempfehlungen für die Schuljahre 2011/12 und 2012/13 nach Stadtteilen (vgl. Jahn u.a. 2014, S. 87)

2.4.2 Berlin

24,3 % aller Absolvent_innen erreichten berlinweit im Schuljahr 2014/2015 maximal einen Hauptschulabschluss (Dresden: 18,9 %), ca. jede_r Zehnte (10,3 %) verließ die Schule ohne Abschluss (Dresden: 6,3 %). Der Bezirk Reinickendorf liegt mit 24,1 % beziehungsweise 9,8 % in dieser Kategorie knapp unter dem städtischen Durchschnitt, während die Werte der Bezirke Marzahn-Hellersdorf mit 37,1 % und 14,8 % sowie Neukölln mit 34,4 % und 15,2 % denen von Dresden/Prohlis (35,1 % / 11,0 %) ähneln (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2016, S. 11).

Dies ist angesichts der Analyse der Bildungsabschlüsse aller Altersgruppen verwunderlich, da sich beim Vergleich Reinickendorfs mit den anderen Bezirken folgendes Bild zeigt (siehe Abbildung 13):

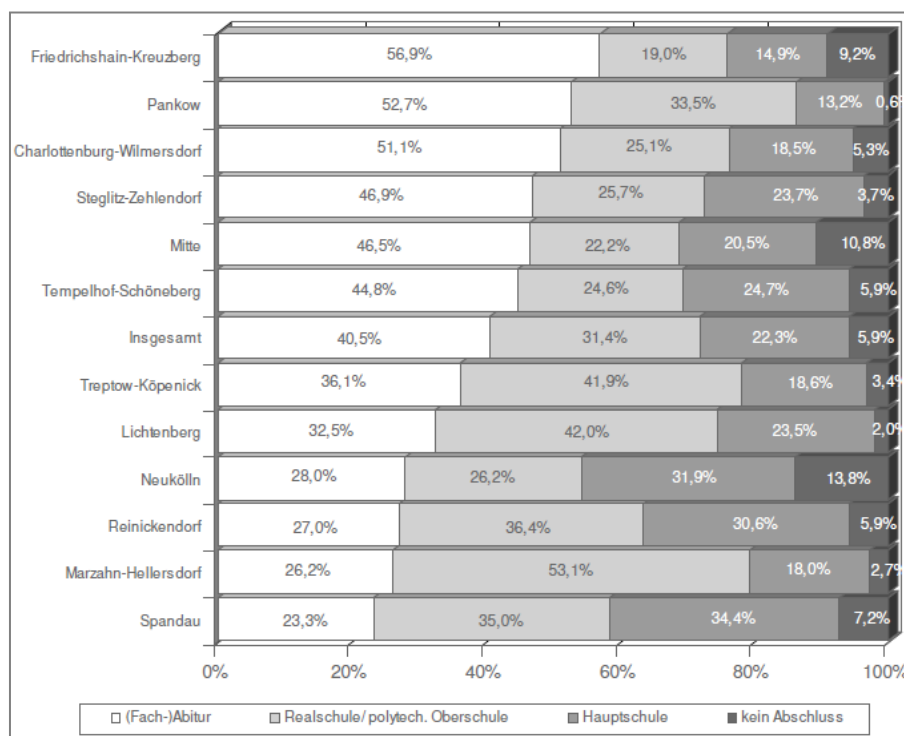


Abbildung 13: Schulbildung in den Berliner Bezirken
(vgl. Butler 2013, S. 10)

Laut Butler (vgl. 2013, S. 10) liegt Reinickendorf mit 5,9 % zwar bezüglich des Anteils an Menschen ohne Schulabschluss im berlinweiten Durchschnitt – in Neukölln beispielweise ist dieser Wert mehr als doppelt so

hoch (13,8 %). Im Ranking der Bezirke bei den Hauptschulabschlüssen hingegen ist Reinickendorf mit 30,6 % an drittletzter Stelle, nur Spandau und Neukölln haben schlechtere Werte (34,4 % beziehungsweise 31,9 %). Somit hatte 2011 mehr als jede_r Dritte in Reinickendorf (36,5 %) maximal einen Hauptschulabschluss.

3. Hilfebedarf und Versorgungslage

Nachdem nun mit dem Dresdner Ortsamtsbereich Prohlis sowie dem Berliner Bezirk Reinickendorf zwei soziale Brennpunkte anhand des Anteils an Kindeswohlgefährdungsmeldungen nach § 8a SGB VIII je 1000 Kinder und Jugendliche identifiziert und unter den Gesichtspunkten SGB-II-Bezug, Alleinerziehende und Bildung näher betrachtet wurden, sollen im vorliegenden Kapitel der Hilfebedarf sowie die Versorgungslage mit den verschiedenen Arten von ambulanter Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie, wie sie im Kapitel 1 beschrieben wurden, untersucht werden.

3.1 Psychotherapeutischer Hilfebedarf

Laut der schon in der Einleitung erwähnten *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* KiGGS leiden ca. 5 % aller Kinder und Jugendlichen – das heißt knapp 700 000 Minderjährige – an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Die Prävalenz bei Kinder und Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Störung liegt im Durchschnitt bei 20,2 % (Erhebungszeitraum 2009 - 2012), bei einem niedrigen Sozialstatus gar bei erschreckenden 33,5 % (vgl. Hölling u.a. 2014, S. 812). Einer Meta-Analyse von Barkmann und Schulte-Markwort von 2012 zufolge ist die Prävalenzrate für eine psychische Erkrankung mit 17,6 % zwar etwas niedriger, jedoch wird angenommen, dass davon ca. die Hälfte einer Behandlung bedarf (vgl. Maur; Lehndorfer 2017, S. 346), also mit knapp 9 % fast doppelt so viele wie die KiGGS-Studie vermutet. Besonderen psychotherapeutischen Hilfebedarf sehen Maur und Lehndorfer bei „*Kinder[n] und Jugendlichen in der Jugendhilfe*“, die:

[...] eine Hochrisikopopulation darstellen mit unbefriedigender Prognose und ohne Lobby. Die psychotherapeutische Versorgung dieser Kinder ist damit vor allem wieder abhängig von den Ressourcen der jeweiligen Einrichtung [der Jugendhilfe; Anm. d. Autors] oder Pflegefamilie und auch der Bereitschaft der niedergelassenen KJP [Kinder-

*und Jugendlichenpsychotherapeut_innen; Anm. d. Autors], sich auf diese Population einzulassen. Letzteres ist nicht immer der Fall, gelten doch solche ‚Fälle‘ als besonders aufwändig und auch inhaltlich anspruchsvoll, zumal die besonderen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen aus Jugendhilfe-Einrichtungen und Pflegefamilien nach wie vor nicht regelhaft Bestandteil der Psychotherapie-Ausbildung sind. Bei einer Reihe von jungen Patientinnen aus der Jugendhilfe kommt die traditionelle ambulante Psychotherapie schnell an ihre Grenzen.
(ebd., S. 350)*

3.1.1 Dresden/Prohlis

Legt man die eingangs genannten Zahlen der KiGGS-Studie zugrunde, so ergibt sich für ganz Dresden folgendes Bild: Von 87 000 Kindern und Jugendlichen (vgl. Kommunale Statistikstelle Dresden 2017c, S. 293) haben statistisch gesehen ca. 17 600 ein erhöhtes Risiko für eine psychische Auffälligkeit, bei ca. 4 400 besteht ein unmittelbarer psychotherapeutischer Hilfebedarf. In Dresden/Prohlis mit seinen ca. 9 000 Unter-18-Jährigen leben entsprechend ca. 1 800 Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Auffälligkeit, bei ca. 450 besteht ein unmittelbarer psychotherapeutischer Hilfebedarf. Bei jener Zahl bleibt jedoch die höhere Prävalenz bei jenen Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus, die es in Dresden/Prohlis im überdurchschnittlichen Maße gibt (siehe Kapitel 2.2.1), unberücksichtigt, sodass von weitaus mehr Betroffenen in diesem Stadtteil ausgegangen werden muss.

3.1.2 Berlin/Reinickendorf

Bei ca. 583 000 Unter-18-Jährigen in ganz Berlin (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017b, S. 4) besteht laut oben genannter Prävalenzrate bei ca. 118 000 ein erhöhtes Risiko für eine psychische Auffälligkeit, bei über 29 000 ein unmittelbarer psychotherapeutischer Hilfebedarf. Für Berlin/Reinickendorf mit 44 000 Unter-18-Jährigen entspricht dies ca.

8 800 beziehungsweise 2 200 Kinder und Jugendlichen. Auch hier bleibt der anzunehmende erhöhte Bedarf infolge des überdurchschnittlichen Anteils an SGB-II-Empfänger_innen unberücksichtigt.

3.2 Versorgungslage

Nachdem in Dresden/Prohlis und Berlin/Reinickendorf der angenommene Hilfebedarf statistisch erfasst wurde, der angesichts des hohen Anteils von Menschen mit niedrigem Sozialstatus in beiden Stadtteilen jedoch nur ein Minimum an behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen beschreiben kann, wird nun die Versorgungslage mit ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Sinne der im Kapitel eins aufgeführten Arten dargestellt.

3.2.1 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V

2012 erhielten in Deutschland von über 250 000 Unter-20-Jährigen mit einer F-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen) nach ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*; wichtigstes, weltweit anerkanntes Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen; siehe auch Kapitel 1.1.4) nur ca. 26 000 eine genehmigungspflichtige Psychotherapie. Es wird angenommen, dass die Wartezeiten für eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie noch länger sind, als jenen für eine Erwachsenenpsychotherapie (ca. 12,5 Wochen), da es nur ein Drittel so viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen gibt wie Psychologische Psychotherapeut_innen (vgl. Maur; Lehndorfer 2017, S. 348).

Im vorliegenden Kapitel wird sich ausschließlich auf diejenigen Psychotherapeut_innen bezogen, welche eine Approbation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beziehungsweise eine Doppelapprobation (für Kinder/Jugendliche und Erwachsene) besitzen. Nicht berücksichtigt

werden Psychologische Psychotherapeut_innen mit entsprechender Fachkunde in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Diese dürfen zwar neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche abrechnen, in der Praxis behandeln jedoch nur 20 % aller Psychologischen Psychotherapeut_innen zu mindestens 25 % Kinder und Jugendliche (vgl. ebd. 2017, S. 347). Hierzu muss gesagt werden, dass sich das Verhältnis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen (inkl. derer mit Doppelapprobation) und Psychologischen Psychotherapeut_innen mit entsprechender Fachkunde in Dresden und Berlin stark unterscheidet. Während in Dresden von allen Psychotherapeut_innen, die Kinder und Jugendliche behandeln dürfen, ca. nur jede_r Sechste ein_e Psychologische_r Psychotherapeut_in mit entsprechender Fachkunde ist, so ist es in Berlin fast jede_r Zweite (vgl. Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen und Berlin 2018).

3.2.1.1 Dresden/Prohlis

Laut Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen praktizieren 2018 in Dresden 47 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen in freier Niederlassung. Wie auf Abbildung 14 zu sehen ist, sind diese sowie die sechs Psychologischen Psychotherapeut_innen mit entsprechender Fachkunde mit zwei Ausnahmen relativ gleichmäßig verteilt, wobei der gutbürgerliche Nordosten Dresdens einen Schwerpunkt bildet.

Ausschließlich im relativ schwach besiedelten und von Industriegebieten geprägten Nordwesten Dresdens sowie im Südosten der Stadt – dem Ortsamtsbereich Prohlis – finden sich kaum Einträge. Lediglich drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen behandeln hier, wovon zwei wiederum im eher bürgerlichen Gebiet Strehlen im Westen des Ortsamtsbereiches ihre Niederlassung haben. Dieser ist ca. vier Kilometer von den Gebieten Prohlis-Nord und Prohlis-Süd entfernt, welche einen hohen Bevölkerungsanteil an Empfänger_innen von Leistungen nach SGB II sowie Alleinerziehenden aufweisen und in denen zudem die-

jenigen Schulen liegen, die viele Schüler_innen ohne beziehungsweise mit niedrigem Schulabschluss verlassen. Diese Entfernung entspricht ca. einer Stunde zu Fuß oder mehr als zehn Haltestellen mit der Straßenbahn. Welche Auswirkungen dies auf ein regelmäßiges Wahrnehmen der Therapiestunden hat, beschreibt Willhauck-Fojkar mit den Worten: „Bei machen Kindern, die aus Familien kommen, die von der Grundsicherung leben, kann ich davon ausgehen, dass sie spätestens den dritten Therapietermin nicht wahrnehmen, weil sie das Geld für eine Fahrkarte nicht aufbringen.“ (Ärzteblatt 2017).

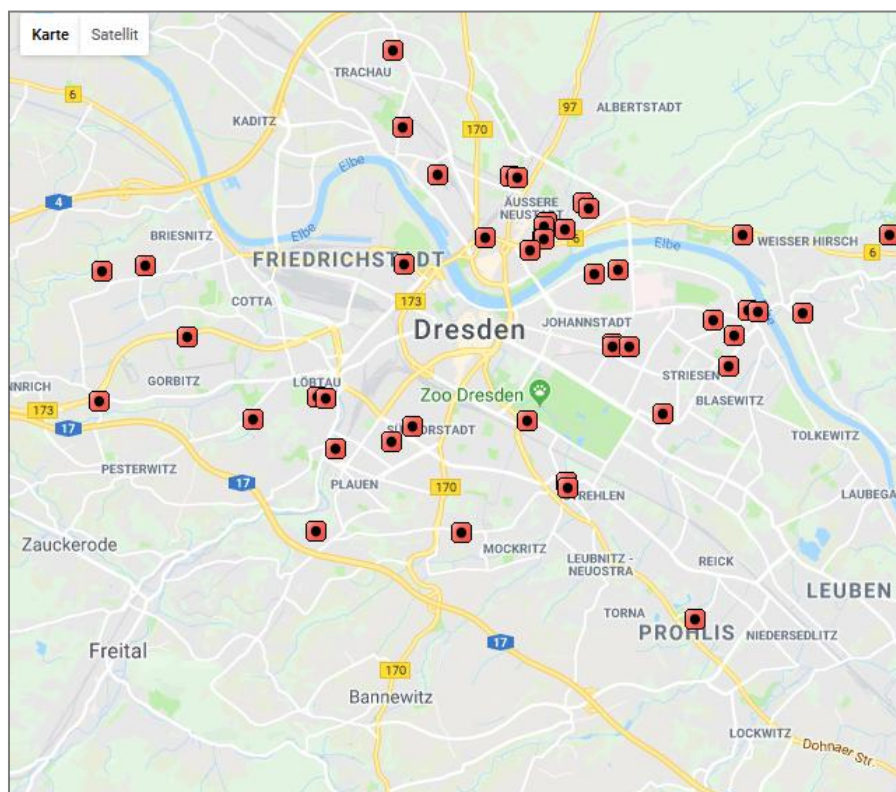


Abbildung 14: Verteilung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen sowie der Psychologischen Psychotherapeut_innen in Dresden (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen 2018)

Bei einer Bevölkerungszahl von ca. 9 000 Unter-18-Jährigen aus dem Ortsamtsbereich Prohlis (vgl. Kommunale Statistikstelle Dresden 2017c) ergibt sich eine Verteilung von gerade einmal ca. 0,33 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen auf 1 000 Unter-18-Jährige. Oder anders ausgedrückt: Ein_e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in

kommt auf ca. 3 000 Kinder und Jugendliche. Dies steht in einem eklatanten Missverhältnis zum Rest der Stadt: Dresdenweit stehen 1 000 Kindern und Jugendlichen 0,54 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen gegenüber beziehungsweise kommen auf eine_n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in weniger als 1 900 Kinder und Jugendliche.

3.2.1.2 Berlin/Reinickendorf

Laut Kassenärztlicher Vereinigung Berlin praktizieren 2018 stadtweit 325 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, wobei sich besonders viele in den Bezirken im Süden beziehungsweise Südwesten der Stadt (Charlottenburg/Wilmersdorf, Steglitz/Zehlendorf, Tempelhof/Schöneberg, Neukölln) sowie im Bezirk Pankow niederlassen.

Bei ca. 583 000 Unter-18-Jährigen ergibt sich ein Verhältnis von 0,56 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen auf 1 000 Kinder und Jugendliche beziehungsweise von eine_m Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in auf knapp 1 800 Kinder und Jugendliche. Somit liegen die Werte für Dresden (0,54) und Berlin auf demselben Niveau.

Betrachtet man nun den Bezirk Reinickendorf, so entfallen 23 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen auf ca. 44 000 Unter-18-Jährige (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2017b, S. 26), was einer Quote von ca. 0,52 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen pro 1 000 Minderjährige entspricht beziehungsweise ca. 1 900 Kinder- und Jugendliche pro Therapeut_in. Damit liegt Reinickendorf nur knapp unter dem gesamtstädtischen Durchschnitt, worin es sich von Dresden/Prohlis unterscheidet.

Jedoch ist auch in Berlin/Reinickendorf das gleiche Phänomen festzustellen wie in Dresden/Prohlis: Die niedergelassenen Therapeut_innen wählen tendenziell die grünen, bürgerlichen Ortsteile des Bezirks, allen voran Tegel, Frohnau und Hermsdorf. Die Ortsteile Reinickendorf und

Märkisches Viertel im Südosten hingegen bleiben im Vergleich eher unterversorgt.

Andere Bezirke Berlins weisen einen weitaus schlechteren Versorgungsgrad als Berlin/Reinickendorf auf, allen voran Treptow-Köpenick (0,28) und Mitte (0,31), welche mit jenem von Dresden/Prohlis (0,33) vergleichbar sind. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Treptow-Köpenick 2014 nach Reinickendorf die meisten Kindeswohlgefährdungsmeldungen pro 1 000 Kinder und Jugendliche aufwies.

3.2.2 Erziehungsberatung

In diesem Kapitel wird lediglich die Anzahl an Erziehungsberatungsstellen in Dresden/Prohlis und Berlin/Reinickendorf betrachtet. Aufgrund der Schwierigkeit der diesbezüglichen Datenerhebung können zu deren jeweiliger Personalausstattung keine beziehungsweise nur unvollständige Angaben gemacht werden. So wurde an alle Dresdner Beratungsstellen das bke-Qualitätssiegel durch die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. vergeben, welches neben anderen Fachstandards eine Personalausstattung von mindestens drei ganzen Personalstellen für Beratungsfachkräfte garantiert (vgl. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 2014). Für die Berliner Beratungsstellen ist ein solcher Standard nicht bekannt.

3.2.2.1 Dresden/Prohlis

In Dresden gibt es fünf Erziehungsberatungsstellen, deren Träger die Landeshauptstadt Dresden ist, sowie weitere fünf der freien Jugendhilfe, von denen wiederum jeweils eine im Ortsamtsbereich Prohlis liegt: Die städtische Beratungsstelle hat ihre Räumlichkeiten im äußersten Westen des Ortsamtsbereiches Prohlis, dem oben erwähnten bürgerlich geprägten Gebiet Strehlen; die Beratungsstelle der freien Jugendhilfe liegt auf der

Grenze der oben erwähnten Gebiete Prohlis-Nord und Prohlis-Süd (vgl. Landeshauptstadt Dresden 2018).

Für ganz Dresden ergibt sich ein Verhältnis von einer Beratungsstelle auf 8 700 Kinder und Jugendliche sowie deren Familien. Im Ortsamt Prohlis ist die Dichte mit einer Beratungsstelle für 4 500 Kinder, Jugendliche und deren Familien fast doppelt so hoch.

3.2.2.2 Berlin/Reinickendorf

In Berlin gibt es laut Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Berlin (vgl. 2018) mit 22 Erziehungsberatungsstellen in freier sowie 25 in kommunaler Trägerschaft ein ähnlich ausgewogenes Verhältnis wie in Dresden (5:5), wovon wiederum in Reinickendorf zwei freie Beratungsstellen und drei kommunale (eine Hauptselle mit zwei Außenstellen) liegen. Hieraus ergibt sich für ganz Berlin ein Verhältnis von einer Erziehungsberatungsstelle auf knapp 12 400 Kinder und Jugendliche sowie deren Familien beziehungsweise ca. 8 800 für Reinickendorf und damit jeweils weitaus mehr als in Dresden (8 700) beziehungsweise Prohlis (4 500).

Bis auf die bezirkliche Hauptstelle liegen alle weiteren Beratungsstellen in oder zumindest in der Nähe von sozialen Brennpunkten.

3.2.3 Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie

Wie zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, ist die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie ausschließlich in Berlin etabliert, sodass sich in diesem Kapitel auf Berlin/Reinickendorf konzentriert wird.

Nach Aussage der zuständigen Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie arbeiten in Berlin ca. 345 sogenannte *Leistungsanbieter für Psychotherapie* (siehe Anlage 2). Dies sind in der Regel niedergelassene

Psychotherapeut_innen, die auf Grundlage des SGB VIII arbeiten, aber auch Jugendhilfe-Träger mit angestellten Therapeut_innen. Beide werden im Folgenden unter dem Begriff *KJHG-Therapeut_innen* subsummiert.

Laut interner Liste der Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie Reinickendorf (siehe Anlage 3) praktizieren 32 KJHG-Therapeut_innen im Bezirk Reinickendorf, von denen wiederum sieben darüber hinaus eine Kassenzulassung haben, also sowohl über das SGB V als auch das SGB VIII abrechnen können. Somit arbeiten in diesem Berliner Bezirk mehr KJHG-Therapeut_innen als jene mit Kassenzulassung, während das Verhältnis von Kassen- und KJHG-Therapeut_innen berlinweit weitestgehend ausgeglichen ist (325:345), wobei Doppelnennungen nicht berücksichtigt werden können. Das Verhältnis von KJHG-Therapeut_innen zu den Unter-18-Jährigen beträgt für Berlin 0,60 und für den Bezirk Reinickendorf 0,73 Therapeut_innen pro 1 000 Kinder und Jugendliche. Somit kommt in Berlin/Reinickendorf ein_e KJHG-Therapeut_in auf knapp 1 400 Kinder und Jugendliche (Berlin gesamt: 1700).

Im Gegensatz zu den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, welche ausschließlich über das SGB V arbeiten und deren Niederlassungen sich in bürgerlichen und grünen Stadtteilen des Bezirks befinden, ist bei den Jugendhilfe-finanzierten Therapeut_innen eine gleichmäßigere beziehungsweise dem Bedarf besser gerecht werdende Verteilung innerhalb des Bezirks festzustellen. So arbeiten elf im Südosten des Bezirks sowie sechs in der Neubausiedlung Rollberge des ansonsten bürgerlichen Stadtteils Waidmannslust, beides soziale Brennpunkte des Bezirks.

3.3 Tabellarische Zusammenfassung der Versorgungssituation

Die untenstehende Tabelle gibt abschließend einen Überblick über die Versorgungssituation in Dresden/Prohlis und Berlin/Reinickendorf im inner- und interstädtischen Vergleich. Die Zahlen geben sowohl das

Verhältnis von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, die nach SGB V arbeiten, Erziehungs- und Familienberatungsstellen sowie KJHG-Therapeut_innen pro 1 000 Kinder und Jugendliche wieder als auch reziprok das Verhältnis von Kindern und Jugendlichen pro Therapeut_in beziehungsweise Beratungsstelle.

| | Dresden / Prohlis | Dresden | Berlin / Reinickendorf | Berlin |
|---|----------------------|--------------------|---------------------------|---------------------|
| Kinder- und Jugend- lichenpsychothera- peut_innen SGB V | 0,33 / 3 000 | 0,54 / 1 900 | 0,52 / 1 900 | 0,56 / 1 800 |
| Erziehungs- und Familienberatungs- stellen | 0,22 / 4 500 | 0,11 / 8 700 | 0,11 / 8 800 | 0,08 / 12 400 |
| KJHG- Therapeut_innen | - | - | 0,73 / 1 400 | 0,60 / 1 700 |

(Therapeut_innen/Beratungsstellen je 1 000 Kinder und Jugendliche bzw.
Kinder und Jugendliche je Therapeut_in/Beratungsstelle)

4. Fazit

In der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, welche Arten ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in sozialen Brennpunkten zur Verfügung stehen und inwieweit diese den spezifischen Bedarfen der dortigen Klientel entsprechen. Hierfür wurden die beiden Großstädte Dresden und Berlin sowie deren jeweilige Brennpunkte näher betrachtet und miteinander verglichen.

Kapitel 1 gab einen Überblick über die untersuchten Arten der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wobei zwischen den Sozialgesetzbüchern V und VIII unterschieden wurde: Ersteres regelt die auch unter dem Begriff der *Kassentherapie* bekannte ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Zweiteres dient bundesweit als Grundlage für die Arbeit in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen und im Falle Berlins für die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie, auch als *KJHG-Therapie* bekannt. Die drei Arten wurden von jeweils unterschiedlichen, für die Fragestellung relevanten Perspektiven betrachtet, inhaltliche sowie strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet.

Im zweiten Kapitel wurden die beiden Brennpunkte Dresden/Prohlis und Berlin/Reinickendorf anhand der Indikatoren *Kindeswohlgefährdungsmeldungen* im Falle Dresdens beziehungsweise *Verfahren zur Gefährdungseinschätzung* im Falle Berlins identifiziert, anschließend unter den Aspekten Armut, Familienform und Bildung anhand von Daten zu SGB-II-Bezug, Alleinerziehenden sowie Schulabschlüssen skizzenhaft vorgestellt und miteinander verglichen. Zu guter Letzt wurde in Kapitel 3 die Versorgungssituation in den identifizierten Brennpunkten bezüglich der in Kapitel 1 beschriebenen Arten ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie analysiert.

4.1 Ergebnisse

Trotz aller Schwierigkeiten der Vergleichbarkeit der beiden Großstädte war insgesamt festzustellen, dass Kinder und Jugendliche sowie deren Familien in den untersuchten sozialen Brennpunkten auf eine mitunter sehr unterschiedliche Versorgungssituation treffen: War das Verhältnis von Unter-18-Jährigen zu denjenigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, die auf Grundlage des SGB V arbeiten, im Vergleich der beiden Städte noch nahezu ausgewogen, so zeigte sich bei der Betrachtung der jeweiligen Brennpunkte, dass der Versorgungsgrad mit ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V in Dresden/Prohlis weitaus niedriger ist, als in Berlin/Reinickendorf: Während dort ein_e Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_in auf ca. 1 900 Unter-18-Jährige trifft, von denen ca. 100 eine behandlungsbedürftige Störung aufweisen, sind es in Dresden/Prohlis ca. 3 000 beziehungsweise mindestens 150 mit behandlungsbedürftiger Störung. Würde man die Psychologischen Psychotherapeut_innen mit entsprechender Fachkunde für Kinder und Jugendliche in die Analyse einbeziehen, fiel der Unterschied zwischen beiden Städten noch eklatanter aus, da jene in Berlin verhältnismäßig weitaus häufiger vertreten sind als in Dresden.

Darüber hinaus muss klar gesagt werden, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer behandlungsbedürftigen Störung sowohl in Dresden/Prohlis als auch in Berlin/Reinickendorf ohnehin nur ein Minimum darstellt. Zum einen wurde ihre Höhe anhand der Zahlen der KiGGS-Studie bestimmt; würde man jedoch diejenigen Zahlen der Meta-Analyse von Barkmann und Schulte-Markwort von 2012 (siehe Kapitel 3.1) zugrunde legen, so wäre ein psychotherapeutischer Hilfebedarf in nahezu doppelter Höhe anzunehmen. Zum anderen beziehen sich die Zahlen beider Studien auf alle Kinder und Jugendlichen – die weitaus höhere Prävalenzrate für jene mit niedrigem Sozialstatus blieb unberücksichtigt.

Gemeinsam war beiden Brennpunkten die räumliche Verteilung der Niederlassungen innerhalb des jeweiligen untersuchten Gebiets: Die SGB-V-Therapeut_innen hatten ihre Praxis jeweils vorzugsweise in denjenigen Gegenden, die als eher bürgerlich gelten, während sich dort, wo sich Risikofaktoren am stärksten konzentrierten, nur wenige niederließen. Somit bestätigt die vorliegende Arbeit bezüglich der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB V einen Trend, der auch in einer Studie des IGES Instituts von 2017 im Auftrag der Berliner Bezirke Lichtenberg und Neukölln zur ambulanten medizinischen Versorgung (siehe IGES Institut 2017) beschrieben wurde: *„Ärzte lassen sich dort nieder, wo die Sozialstruktur günstig ist und mit Privatpatienten mehr Geld verdient werden kann. Dagegen fehlen Ärzte in Problemkiezen [...] Am eklatantesten ist das Missverhältnis bei Psychotherapeuten.“* (Mai 2017).

Im Falle der Psychotherapeut_innen muss jedoch bezweifelt werden, inwieweit die Möglichkeit der Behandlung von privat versicherten Patient_innen ausschlaggebend dafür ist, in welchem Stadtteil sie sich niederlassen. Vielmehr ist naheliegend, dass sowohl die Struktur der Psychotherapie nach SGB V als auch deren therapeutische Methoden und Verfahren den besonderen Bedarfen und Fähigkeiten der jeweiligen Klientel in den sozialen Brennpunkten nicht vollumfänglich gerecht werden. Die Modulübersicht des Fortbildungscurriculums für KJHG-Therapeut_innen (siehe Kapitel 1.2.2.8) gibt einen Hinweis darauf, dass jene Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern mit gänzlich anderen Problemlagen im Alltag konfrontiert sind als die Patient_innen aus den eher bürgerlichen Stadtteilen. Somit ist zu vermuten, dass die Kompetenzen und Fähigkeiten von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, die sie in der regulären Psychotherapieausbildung erwerben, bei einer „bürgerlich-durchschnittlichen“ Klientel eher wirksam und für die Betroffenen von Nutzen sind, als bei jener in den sozialen Brennpunkten.

Gleichermaßen muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die genannten besonderen Bedarfe und Fähigkeiten natürlich auch zu erhöhten Herausforderungen führt, die an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen gestellt werden, wenn sie mit dieser Klientel arbeiten. Als ganz profanes Beispiel sei hier das Ausfallhonorar im Rahmen der SGB-V-Therapien genannt, welches Patient_innen beziehungsweise deren Eltern zahlen müssen, wenn ein Termin wiederholt unentschuldigt nicht wahrgenommen wird, und in der Regel zwischen 30 € und 50 € beträgt. Dieses einzufordern mag bei Normal- oder Besserverdiener_innen mitunter therapeutisch sinnvoll, vor allem aber vertretbar sein. Bei Empfänger_innen von Leistungen nach SGB II hingegen ist es dies nicht, sondern beinhaltet in einem weitaus größeren Maße die Gefahr des Therapieabbruchs. Jene besteht aufgrund der Finanzierung der Therapie im Rahmen von Fachleistungsstunden bei der Jugendhilfe-finanzierten Psychotherapie nicht in demselben Maße.

Bei den Erziehungs- und Familienberatungsstellen zeigte sich im Vergleich zu den SGB-V-Therapeut_innen ein entgegengesetztes Bild: Hier ist die Versorgung in Dresden/Prohlis mit einem Verhältnis von einer Beratungsstelle auf ca. 4 500 Kinder und Jugendliche doppelt so hoch wie in Berlin/Reinickendorf (8 700). Auch der stadtweite Vergleich bestätigt dies: Während in Dresden das Verhältnis bei 1 zu 8 700 liegt, beträgt es in Berlin lediglich 1 zu 13 000.

Der oben beschriebene Trend der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen, die auf Grundlage des SGB V arbeiten, sich in eher bürgerlichen Gegenden innerhalb der untersuchten Gebiete niederzulassen, konnte bei den Berliner KJHG-Therapeut_innen nicht bestätigt werden: Hier ist die Verteilung wesentlich ausgewogener, sodass die Kinder und Jugendlichen aus Gegenden mit einer hohen Konzentration an Risikofaktoren in den Vorzug einer räumlich nahe gelegenen Praxis kommen können.

Somit lässt sich insgesamt feststellen, dass die Versorgung mit ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Berlin/Reinickendorf wesentlich besser gewährleistet ist, als dies in Dresden/Prohlis der Fall ist, woran die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie einen enormen Anteil hat. Es ist zu vermuten, dass die Dresdner Erziehungs- und Familienberatungsstellen in sozialen Brennpunkten einen Großteil derjenigen Klientel auffangen, die in Berlin im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach SGB VIII behandelt wird.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass Therapeut_innen, die im Rahmen des SGB VIII tätig sind – sei es in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen oder in den Praxen der KJHG-Therapeut_innen – der Klientel mit hoher psychosozialer Belastung und einer besonders hohen Prävalenzrate für eine psychische Erkrankung *räumlich* näher zur Verfügung stehen, als dies bei den SGB-V-Therapeut_innen der Fall ist. Inwieweit dies auch *inhaltlich* zutrifft, kann in Bezug auf die Erziehungs- und Familienberatungsstellen aus deren multiprofessioneller Aufstellung sowie ihrer Einbindung in die Jugendhilfearbeit geschlossen werden. In Bezug auf die KJHG-Therapeuten wird dies aus der speziellen Zielstellung dieser Hilfeform ebenso deutlich wie aus den Inhalten der erforderlichen Zusatzqualifikation, welche in Kapitel 1.2.2.8 beschrieben wurden.

4.2 Schwierigkeiten

Die in dieser Arbeit vorgenommene Identifizierung der jeweiligen Brennpunkte in Dresden und Berlin anhand der Indikatoren *Kindeswohlgefährdungsmeldungen* beziehungsweise *Verfahren zur Gefährdungseinschätzung* war nicht optimal. Dies liegt zum einen daran, dass diese nicht synonym verwendet werden können, wenngleich sie quantitativ sicherlich eine hohe Schnittmenge aufweisen: Nicht jede Kindeswohlgefährdungsmeldung hat zwangsläufig ein Verfahren zur Gefährdungseinschätzung zur Folge – beispielsweise wenn ein_e anonyme_r Nachbar_in zum fünften Mal innerhalb einer Woche eine Meldung beim Jugend-

amt macht – genauso wenig, wie nicht jeder Gefährdungseinschätzung eine Meldung vorausgeht – wie es zum Beispiel bei schon dem Jugendamt bekannten Familien der Fall sein kann.

Zum anderen beziehen sich die diesbezüglichen Berliner Zahlen auf das Jahr 2014. Zu dieser Zeit sorgte das 2012 in Kraft getretene Kinder- und Jugendschutzgesetz mitunter noch zu großen Verunsicherungen bei vielen Fachkräften in der sozialen Arbeit. Dies ist zu vermuten, wenn man die Ergebnisse der Verfahren zur Gefährdungseinschätzung im Bezirk Reinickendorf genauer betrachtet: In keinem anderen Bezirk war das Ergebnis eines Verfahren sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen so häufig *Keine Kindeswohlgefährdung und kein Hilfebedarf* wie im Bezirk Reinickendorf, sodass die Annahme, dass Reinickendorf jener Bezirk in Berlin ist, dessen Kinder und Jugendliche am häufigsten von einer Gefährdung des Kindeswohls betroffen sind, weder bestätigt noch widerlegt werden kann.

Dies zeigt sich auch bei den Kategorien SGB-II-Bezug, Alleinerziehende und Bildungsniveau: Während Dresden/Prohlis neben dem bis 2016 zum Ortsamtsbereich Cotta gehörenden Gebiet Gorbitz ziemlich eindeutig als *das Brennpunktviertel* Dresdens identifiziert werden konnte, war das in Berlin bezüglich Reinickendorf nicht der Fall. In diesem Zusammenhang muss auch die veraltete Datenlage zu Berlin kritisch benannt werden, wodurch die Identifizierung und Beschreibung eines sozialen Brennpunkts erheblich erschwert wurde.

Hinzu kommt, dass der Vergleich beider Großstädte sowie deren Brennpunkten schon infolge ihrer stark voneinander abweichenden Einwohner_innenzahlen schwierig ist: Während im Dresdner Ortsamt Prohlis auf einer Fläche von gerade einmal 2 110 Hektar weniger als 60 000 Einwohner_innen (vgl. Kommunale Statistikstelle Dresden 2017) leben, sind es im Berliner Bezirk Reinickendorf über 260 000 Menschen auf 8 948 Hektar (vgl. Bezirksamt Reinickendorf 2018). Vor diesem Hintergrund müssen die obigen Ergebnisse bezüglich der Verfügbarkeit

ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Wohnortnähe sowie des Niederlassungsverhaltens der SGB-V-Therapeut_innen betrachtet werden.

In diesem Zusammenhang sei erneut darauf hingewiesen, dass in beiden Städten eine kleinräumigere Analyse wünschenswert gewesen wäre, wenngleich dies in Dresden zumindest in Ansätzen gelang. Dennoch sind sowohl der Dresdner Ortsamtsbereich Prohlis sowie der Berliner Bezirk Reinickendorf bezüglich ihrer Sozialstruktur keineswegs homogen, sodass die Bezeichnung als *Brennpunkt* nur auf gewisse Viertel innerhalb von Prohlis beziehungsweise Reinickendorf zutreffend sein kann.

Bezüglich der Aussagen zum Verhältnis der Bevölkerungszahlen zu den Erziehungs- und Familienberatungsstellen muss einschränkend angemerkt werden, dass die jeweilige Personalausstattung weitgehend im Unklaren blieb, da lediglich das bke-Qualitätssiegel für die Dresdner Beratungsstellen einen Hinweis auf deren Personalausstattung geben konnte. Zudem stellt der Fokus auf die Erziehungs- und Familienberatung nur einen Ausschnitt des jeweiligen kommunalen Fürsorgenetzes dar. So blieben in der vorliegenden Arbeit beispielsweise die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste der Berliner Gesundheitsämter in den jeweiligen Bezirken, welche die Erziehungs- und Familienberatungsstellen inhaltlich und fachlich unterstützen und ergänzen, jedoch den Bedarf an Einzeltherapien nicht decken (können), ebenso unberücksichtigt, wie die Arbeit der Beratungsstellen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Dresden.

4.3 Schlussfolgerungen

Angesichts der Prävalenzraten von durchschnittlich 20 % aller Kinder und Jugendlichen beziehungsweise 33,5 % derjenigen mit niedrigem Sozialstatus kann die Versorgungssituation in beiden Großstädten keinesfalls als ausreichend bezeichnet werden, vor allem nicht in Dresden und seinen

Brennpunkten. Sowohl im Gesundheitswesen als auch in der Jugendhilfe, gleichermaßen in den Aus- und Weiterbildungsinstituten für angehende und schon praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen ist ein Umdenken notwendig, um die Kinder und Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten künftig besser zu versorgen, als dies derzeit der Fall ist.

Die ungleiche Verteilung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen innerhalb einer Stadt sollte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den jeweiligen Bundesländern korrigiert werden, indem die sogenannten Planungsbereiche kleinräumiger zugeschnitten werden und die Vergabe von Kassenzulassungen stärker in diesem Sinne reglementiert wird. Das hieße in der Folge, dass neue Kassenzulassungen nur an jene vergeben werden, die ihre Praxen in psychotherapeutisch unterversorgten Stadtteilen eröffnen werden. An dieser Stelle kann sich auch an den Konzepten zur Versorgungssteuerung orientiert werden, wie sie derzeit bei den Landärzt_innen entwickelt werden.

Mit Maur und Lehdorfer ist darüber hinaus zu fordern, die aufwendige Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen mit Leistungserbringern und Verantwortlichen im SGB VIII, wie Sozialpädagogischen Familienhilfen, Mitarbeiter_innen des Allgemeinen Sozialen Dienstes und andere, besser zu honorieren. Die Behandlung von „spezielle[n] Risikogruppen wie etwa Kinder aus prekären Lebenslagen“ (Maur; Lehdorfer 2017, S. 349) erfordere eine solche in erhöhtem Maße und sei aufgrund der unzureichenden Vergütung daher für viele SGB-V-Therapeut_innen bislang finanziell unattraktiv.

Die Aus- und Weiterbildungsinstitute sollten die besonderen Bedarfe der beschriebenen Klientel stärker in ihre Aus- und Weiterbildungscurricula integrieren, um sowohl angehende als auch schon praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen auf die Herausforderungen vorzubereiten, die in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten an sie gestellt werden

(vgl. Maur; Lehdorfer 2017, S. 349). Hierfür kann das Fortbildungscurriculum für KJHG-Therapeut_innen als Grundlage dienen (siehe Kapitel 1.2.2.8).

Mehr als alle anderen sind jedoch die Verantwortlichen für die Jugendhilfe in der Pflicht. Alle Eltern haben das Recht auf geeignete und notwendige Hilfe zur Erziehung nach § 27 SGB VIII. Daraus ergibt sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu allererst die Forderung, die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie als festen Bestandteil im Leistungskatalog der Jugendämter aller Kommunen in Deutschland zu etablieren, gerade in Anbetracht der Ergebnisse der oben beschriebenen Wirksamkeitsevaluation der WIMES-Studie (siehe Kapitel 1.2.2.7). Da die Jugendhilfe-finanzierte Psychotherapie derzeit nur von den Berliner Jugendämtern gewährt werden kann, ist angesichts des Vergleichs mit Dresden zu vermuten, dass die Hilfsangebote nach § 27 ff. im Rest des Landes nur als unzureichend beziehungsweise unvollständig beschrieben werden können.

Darüber hinaus müssen Erziehungs- und Familienberatungsstellen künftig finanziell besser ausgestattet werden. Diese haben aufgrund ihres niedrigschwelligen Zugangs einen sehr hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Versorgung sozialer Brennpunkte. Da der Anteil an approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut_innen in den folgenden Jahren aus demografischen Gründen in den Beratungsstellen abnehmen wird, sind in diesem Zusammenhang vergleichsweise kostenintensive Neueinstellungen notwendig (vgl. Maur; Lehdorfer 2017, S. 350).

Die stets klammen Kassen vieler Kommunen in Deutschland dürfen nicht als Begründung für die Unterfinanzierung der Jugendhilfe im Allgemeinen beziehungsweise der Nicht-Finanzierung der KJHG-Therapie im Besonderen herhalten. Gesamtgesellschaftlich betrachtet werden so nur die Kosten auf später vertagt und/oder anderen Kostenträgern aufgebürdet. Laut Maur und Lehdorfer können *„für jeden Euro, der in*

Psychotherapie investiert wird, [...] Einsparungen von etwa zwei bis fünf Euro erreicht werden“ (2017, S. 347). Wenn also den Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft schon nicht die von einer psychischen Erkrankung betroffenen Kinder und Jugendlichen am Herzen liegen, so tun es vielleicht diese Zahlen.

Literaturverzeichnis

Ärzteblatt (Hrsg.) (2017): Psychotherapeuten fordern flexiblere Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.
www.aerzteblatt.de/nachrichten/76520/Psychotherapeuten-fordern-flexiblere-Versorgung-psychisch-kranker-Kinder-und-Jugendlicher
[08.06.2018]

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2015): Regionaler Sozialbericht Berlin Brandenburg 2015.
www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/pdf/SP_Sozialbericht-000-000_DE_2015_BBB.pdf [20.04.2018]

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2016): Statistischer Bericht. Absolventinnen und Absolventen/Abgängerinnen und Abgänger der allgemeinbildenden Schulen im Land Berlin 2015.
www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/Stat_Berichte/2016/SB_B01-05-00_2015j01_BE.pdf [13.06.2018]

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2017a): Statistischer Bericht. Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2016.
https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2017/SB_A01-11-00_2016j01_BE.pdf [08.06.2018]

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2017b): Statistischer Bericht. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 30. Juni 2017. Grunddaten.
www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2017/SB_A01-05-00_2017h01_BE.pdf [14.06.2018]

Asmus, A.; Pabst, F. (2017): Armutsbericht 2017. Armut Alleinerziehender.
www.vamv-bw.de/wp/wp-content/files/Armutsbericht2017.pdf
[08.06.2018]

Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft / Vertragskommission Jugend (Hrsg.) (2006): Anlage D.5 zum Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRV Jug) vom 15.12.2006. Rahmenleistungsbeschreibung Ambulante therapeutischen Leistungen gemäß SGB VIII (in der Fassung vom 01.06.2006, Preisbasis 2014/2015). Berlin.

- Bertram, H.* (2010): Ambulante Psychotherapie im Rahmen des SGB VIII Berliner Situation. Die KJHG Kommission der Berliner Kammer. Vortrag auf der Jahrestagung 2010 der DGVT.
www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kongress/Kongress_2010/Praesentationen/SY24-3-Di-1400-L%20116_H.Bertram_KJHG.pdf [08.10.2017]
- Bezirksamt Reinickendorf* (Hrsg.) (2018): Statistische Angaben.
www.berlin.de/ba-reinickendorf/service/wirtschaft/wirtschaftsfoerderung/wirtschaftsstandort/artikel.62739.php [08.06.2018]
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.* (Hrsg.) (2000): Approbation als Einstellungsvoraussetzung für Fachkräfte in der Erziehungsberatung.
www.bke.de/content/application/mod.content/1158910797_bke-Hinweis_Approbation_als%20Einstellungsvoraussetzung_S_3-4.pdf [04.10.2017]
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.* (Hrsg.) (2012): Familie und Beratung – Memorandum zur Zukunft der Erziehungsberatung.
www.bke.de/content/application/shop.download/1420708434_Memo%20zur%20Zukunft%20der%20EB.pdf [07.06.2018]
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.* (Hrsg.) (2014): Fachliche Standards für die Arbeit und Ausstattung in Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern.
www.bke.de/content/application/explorer/public/gtesiegel/kriterien-qualitaetssiegel-11-14.pdf [08.06.2018]
- Butler, J.* (2013): Basisdaten zur Bevölkerung und sozialen Lage im Bezirk Berlin-Mitte. Mitte im Spiegel der Berliner Bezirke.
www.berlin.de/ba-mitte/...des.../qpk_publ18_basisdaten_mitte2013.pdf [20.04.2018]
- Destatis* (2016): Pressemitteilung Nr. 419 vom 28.11.2016. 8,0 Millionen Empfängerinnen und Empfänger von sozialer Mindestsicherung am Jahresende 2015.
www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/11/PD16_419_228.html [08.06.2018]
- Destatis* (2017): Pressemitteilung Nr. 350 vom 04.10.2017: 2016: Anstieg der Verfahren zur Kindeswohlgefährdung um 5,7 %.
www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/10/PD17_350_225.html [08.06.2018]

- Fegert, J. u.a.* (2017): Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse.
www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf [07.06.2018]
- Gemeinsamer Bundesausschuss* (Hrsg.) (2016): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).
www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf [15.12.2017]
- Herrmann, I.* (2015): Psychotherapeutisch-systemisches Handeln in der Integrierten Familienberatung am Beispiel der kindzentrierten Erziehungsberatung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64 (1), S. 61-73.
- Hölling, H. u.a.* (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt 57 (7), S. 807-819.
- Hundsatz, A.* (1995): Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Hundsatz, A.* (1998): Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (3), S. 157-173.
- IGES Institut* (Hrsg.) (2017): Ambulante ärztliche Versorgung in den Bezirken Lichtenberg und Neukölln. Eine Studie im Auftrag der Bezirke Lichtenberg und Neukölln.
www.berlin.de/ba-neukoelln/politik-und-verwaltung/stelle-fuer-qualitaets-entwicklung-planung-und-koordination/ambulante-medizinische-versorgung-600481.php [29.09.2017]
- Jahn, A.* (2014): 2. Dresdner Bildungsbericht 2014.
www.dresden.de/media/pdf/bildung/bildungsmanagement/2_Dresdner_Bildungsbericht_2014_Gesamt.pdf [15.03.2018]
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin* (2018): Psychotherapeutensuche.
www.kvberlin.de/60arztsuche/schnellsuchep.html [10.04.2018]
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen* (2018): Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten.
www.kvs-sachsen.de:8080/arztsuche [04.04.2018]

- Kommunale Statistikstelle Dresden* (Hrsg.) (2017a): Statistische Mitteilungen. Bevölkerung und Haushalte 2016.
www.dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Broschuere_Bevoelkerung_und_Haushalte_2016.pdf [08.06.2018]
- Kommunale Statistikstelle Dresden* (Hrsg.) (2017b): Statistische Mitteilungen. Arbeit und Soziales 2016.
www.dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Arbeit_und_Soziales_2016.pdf [08.06.2018]
- Kommunale Statistikstelle Dresden* (Hrsg.) (2017c): Statistische Mitteilungen. Stadtteilkatalog 2015.
www.dresden.de/media/pdf/onlineshop/statistikstelle/Stadtteilkatalog_2015.pdf [10.03.2018]
- Kusche, A.* (2015): Statistik zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung in Berlin und Brandenburg. In: Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg 3/2015, S. 52-57.
- Landeshauptstadt Dresden* (2018): Erziehungs- und Familienberatung. Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Familien.
www.dresden.de/de/leben/kinder/kindergesundheit/familienberatung.php [08.06.2018]
- Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung* (2018): Erziehungs- und Familienberatung in Berlin.
www.efb-berlin.de [08.06.2018]
- Mai, M.* (2017): Gesundheitsversorgung in Berlin. Ärzte mögen's gut bürgerlich.
www.taz.de/!5421124 [27.06.2017]
- Maur, S.; Lehdorfer, P.* (2017): Aktuelles auf der Berufspolitik. Kinder und Jugendlichenpsychotherapie – (Berufspolitische) Gedanken für eine gute Versorgung. In: Psychotherapeutenjournal 4/2017, S. 346-354.
- Menne, K.* (2015): Psychotherapeutisch kompetente Erziehungsberatung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64 (1), S. 4-19.
- Plass, J.* (1997): Geschichte der Erziehungsberatung.
www.erziehungsberatung-fulda.de/wp-content/uploads/geschichte-eb-deutschland.pdf [06.01.2018]
- Plass, J.* (2014): Geschichte der Erziehungsberatung. Teil II: 1990 bis heute.
www.erziehungsberatung-fulda.de/wp-content/uploads/geschichte-eb-deutschland.pdf [06.01.2018]

- Psychotherapeutenkammer Berlin* (Hrsg.) (2013): Psychotherapie in der Kinder- und Jugendhilfe.
www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/kjhg_curriculum_vers._18_vom_12.02.2013.pdf
 [02.03.2018]
- Schmidt, R.* (2017): Handbuch der Psychotherapie in der Jugendhilfe. Die Entwicklung der Psychotherapie als Maßnahme der Jugendhilfe im Rahmen des SGB VIII. 4. überarbeitete und erweiterte digitale Auflage. Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin.
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung* (Hrsg.) (2009): Jugend-Rundschreiben Nr. 1/2009. Neukalkulation der Fachleistungsstunde.
http://ibefev.de/intern/jugendrundsschreiben01_2009.pdf
 [21.06.2018]
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales* (Hrsg.) (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013.
www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/.../gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf [26.03.2018]
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt* (Hrsg.) (2015): Monitoring Soziale Stadtentwicklung Berlin 2015.
www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/download/2015/MonitoringSozialeStadtentwicklung2015.pdf [27.03.2018]
- Schnelzer, T.* (2015): Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie in der Erziehungsberatung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64 (1), S. 33-47.
- Statista* (2017): Hartz IV: Anteil der Kinder unter 18 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB-II-Bezug an allen Kindern in Deutschland nach Bundesländern im Dezember 2017.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/218386/umfrage/hartz-iv-kinder-in-bedarfsgemeinschaften-in-deutschland-nach-bundeslaendern> [08.06.2018]
- Statista* (2018): Die größten Städte in Deutschland nach Einwohnerzahl zum 31. Dezember 2016.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1353/umfrage/einwohnerzahlen-der-grossstaedte-deutschlands> [08.06.2018]
- Tornow, H.* (2012): Abschlussbericht für das Projekt Untersuchung zur Bestimmung steuerungsrelevanter Wirkungsfaktoren im Hilfeplanprozess im Rahmen des gesamtstädtischen Fachcontrollings Hilfen zur Erziehung in Berlin.

www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/hilfe-zur-erziehung/fachinfo/fachcontrolling-hilfen-zur-erziehung/mdb-sen-jugend-jugendhilfeleistungen-hilfen_zur_erziehung-abschlussbericht_wirkungsfaktoren.pdf [08.06.2018]

Wiesner, R. (2005): Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin. www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/therapie_nach_kjhg.pdf [16.02.2018]

Anlagen

- Anlage 1: Internes Arbeitspapier der Landeshauptstadt Dresden, Geschäftsbereich Soziales, Jugendamt, Abteilung: Allgemeine Soziale Dienste. Auswertung der Datenerfassungen zu Kindeswohlgefährdungsmeldungen im ASD Dresden von 2016.
- Anlage 2: Auszug aus Email-Korrespondenz mit Frau Heidrun Kohlhaas, Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie.
- Anlage 3: Interne Therapeutenliste des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes Reinickendorf. Stand Januar 2018. Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (KJHG).

Internes Arbeitspapier

Landeshauptstadt Dresden
Geschäftsbereich Soziales
Jugendamt
Abt.: Allgemeine Soziale Dienste

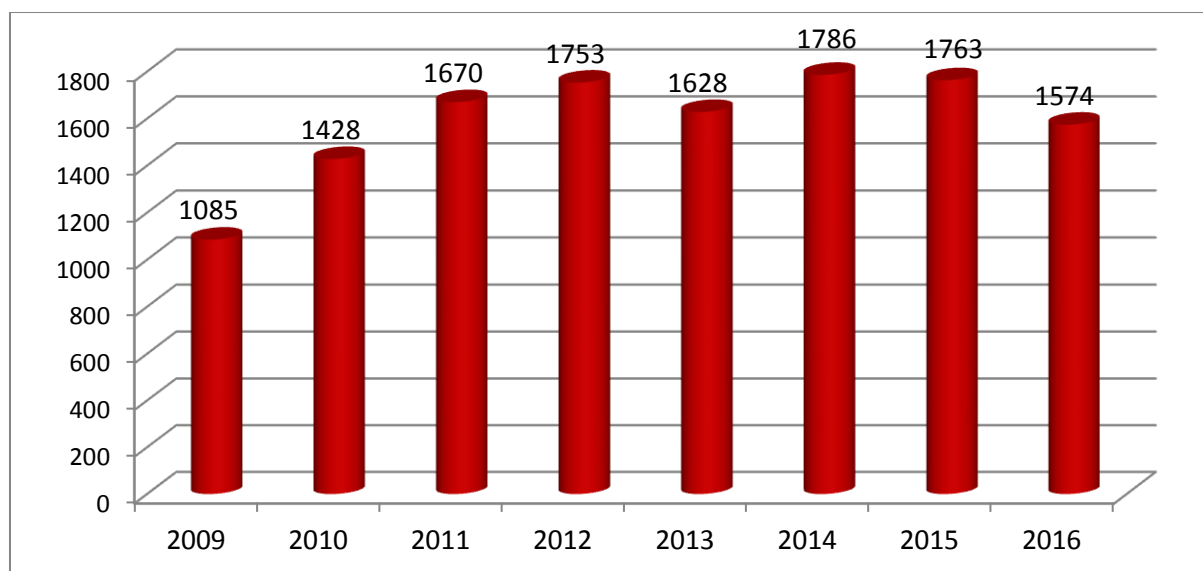
GZ: (GB 2 51.2 A)
Bearbeiterin: Frau Wollmann
Tel.: 488 4652
Datum: 20.04.2017

Auswertung der Datenerfassungen zu Kindeswohlgefährdungsmeldungen im ASD Dresden von 2016

Vergleich der Entwicklung von KWG – Meldungen aus den vergangenen 8 Jahren:

| Jahr | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Anzahl der eingegangenen KWG-Meldungen in Dresden | 1085 | 1428 | 1670 | 1753 | 1628 | 1786 | 1763 | 1574 |

Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden



Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

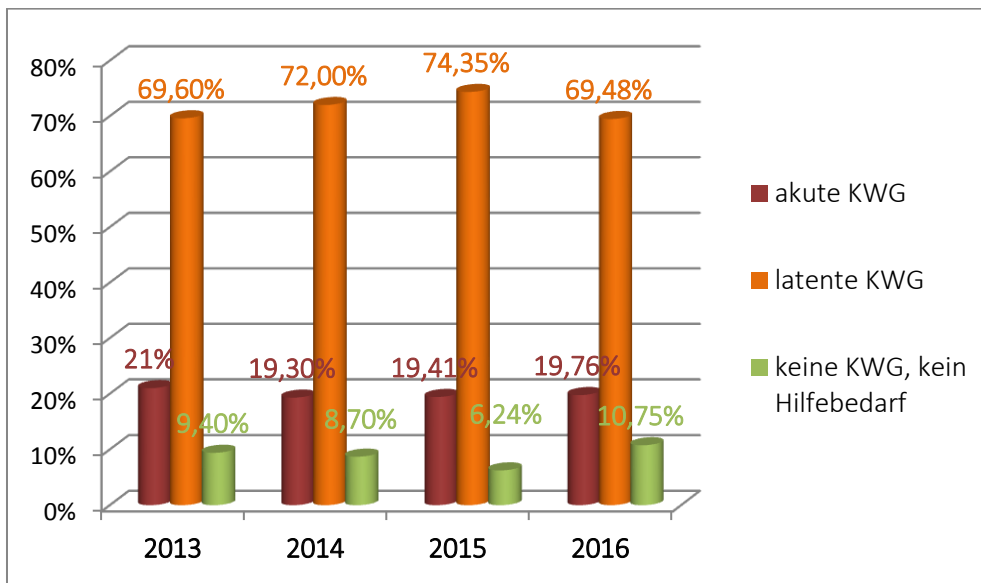
Bei anhaltend steigender Bevölkerungszahlen der 0 bis unter 18 Jährigen sank die Anzahl der gemeldeten Kindeswohlgefährdungen in Dresden im Jahr 2016 erstmals wieder um 189 Meldungen.

Vierjahresverlauf der KWG-Meldungen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl (Stichtagserhebung) der 0 – 17 Jährigen prozentual dargestellt

| Jahr | Bevölkerungszahl der 0-17- Jährigen in Dresden | KWG-Meldungen des Jahres | prozentuales Verhältnis |
|------|--|--------------------------|-------------------------|
| 2013 | 81264* | 1628 | 2,00% |
| 2014 | 83814* | 1786 | 2,13% |
| 2015 | 87004* | 1763 | 2,02% |
| 2016 | 89702* | 1574 | 1,75% |

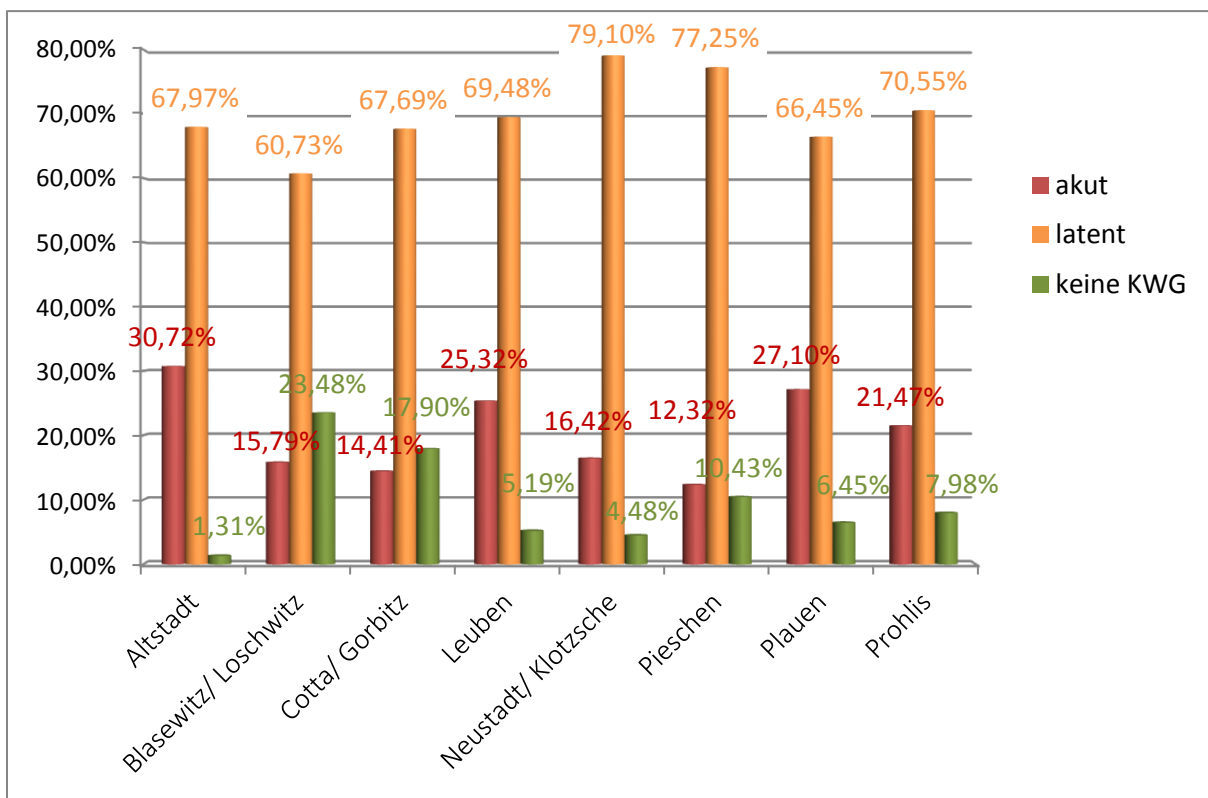
*Quelle: DUVA Internetassistent, Datei Einwohnermeldedaten Dresden, *Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres, Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden*

Verteilung der KWG – Meldungen nach Prüfung und Bewertung der Fälle in Gefährdungsgrade:



Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Darstellung der zuvor aufgeführten KWG-Fälle von 2016 nach zuständigem ASD



Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Auffällig im Vergleich der Dresdener Zahlen -sowohl Sachsenweit als auch auf Bundesweiter Ebene- ist die qualitativ hohe Quote von eingegangenen Kindeswohlgefährdungsmeldungen (KWG), welche sich nach der Abprüfung durch den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), auch tatsächlich als eine akute oder latente KWG bestätigen. Während die Dresdener Statistik über Jahre eine Zahl der nicht bestätigten KWG-Meldungen von ca. 6 - 11% aufweist, ist diese Quote im Bundesweiten Vergleich dreifach höher. Diese sehr geringe Anzahl an Fehlmeldungen durch Meldepersonen/-institutionen deutet zum Einen auf sehr sensible, aufmerksame Öffentlichkeit hin, beim Thema Kinderschutz. Des Weiteren kann aber

auch vermutet werden, dass die Fachkräfte des ASD sehr aufmerksam und verantwortungsbewusst beim Thema KWG agieren.

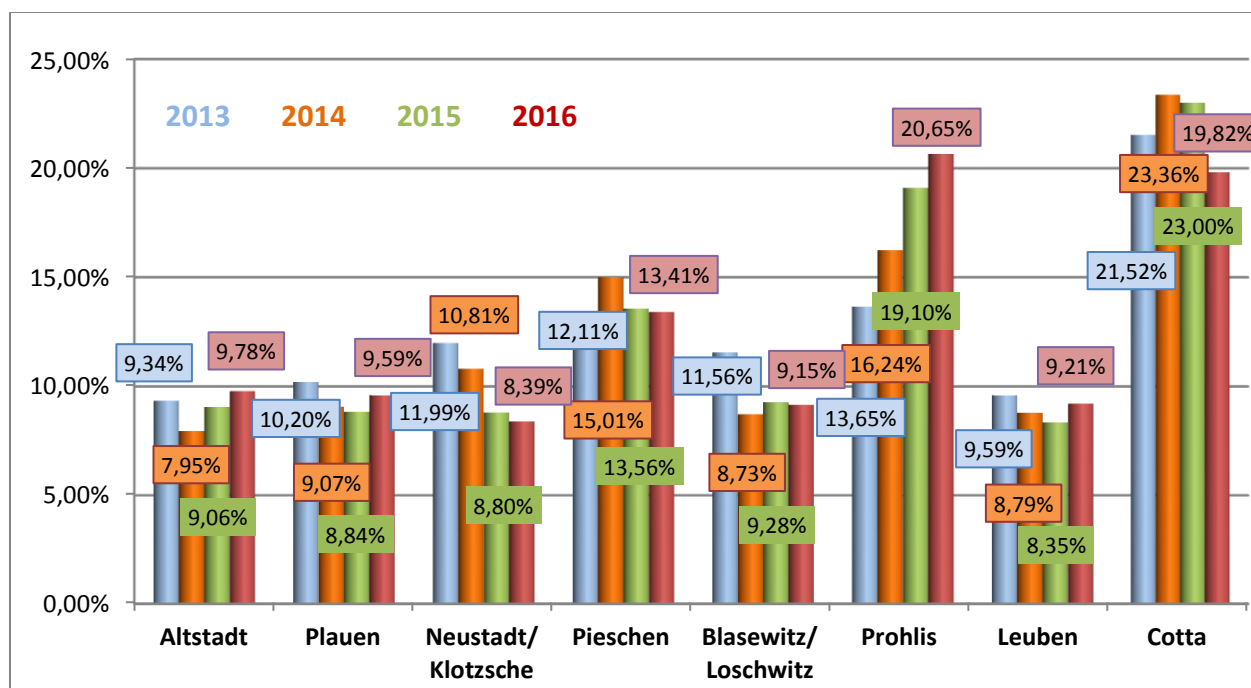
Prozentuale Verteilung der KWG-Meldungen nach Zuständigkeit / ASD:

| Eingegangene KWG-Meldungen von 2009 bis 2016 | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ASD | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Altstadt | 16,39% | 13,65% | 15,11% | 16,08% | 9,34% | 7,95% | 9,06% | 9,78% |
| Plauen | | | | | 10,20% | 9,07% | 8,84% | 9,59% |
| Neustadt/ Klotzsche | 10,55% | 14,77% | 17,98% | 12,75% | 11,99% | 10,81% | 8,80% | 8,39% |
| Pieschen | 9,14% | 11,55% | 12,36% | 12,66% | 12,11% | 15,01% | 13,56% | 13,41% |
| Blasewitz/ Loschwitz | 6,88% | 7,36% | 11,70% | 10,26% | 11,56% | 8,73% | 9,28% | 9,15% |
| Prohlis | 29,87% | 29,83% | 25,38% | 25,95% | 13,65% | 16,24% | 19,10% | 20,65% |
| Leuben | | | | | 9,59% | 8,79% | 8,35% | 9,21% |
| Cotta | 27,14% | 22,54% | 17,44% | 22,30% | 21,52% | 23,36% | 23,00% | 19,82% |

Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Im Jahre 2016 verteilten sich die stadtweit eingegangenen KWG-Meldungen auf die räumlich zuständigen Ortsamtsbereiche mit überwiegend anteilig ca. 9%. Überproportional höher, als der stadtweite Durchschnitt liegen allerdings der ASD Prohlis mit rund 21%, der ASD-Cotta (rund 20%) sowie der ASD-Pieschen mit ca. 13,5%. Setzt man diese Zahlen allerdings, wie fortfolgend auf der Seite 8 noch dargestellt ins Verhältnis zur Anzahl aller im Ortsamtsbereich lebenden Kinder, wird noch deutlicher wo Ballungen stattfinden.

Graphische Darstellung der zuvor gezeigten Tabelle von 2013 bis 2016



Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Eingegangene KWG-Meldungen in Dresden und deren prozentuale Verteilung nach Alter sowie ins Verhältnis gesetzt zur Bevölkerungszahl der jeweiligen Altersscheibe in 2016:

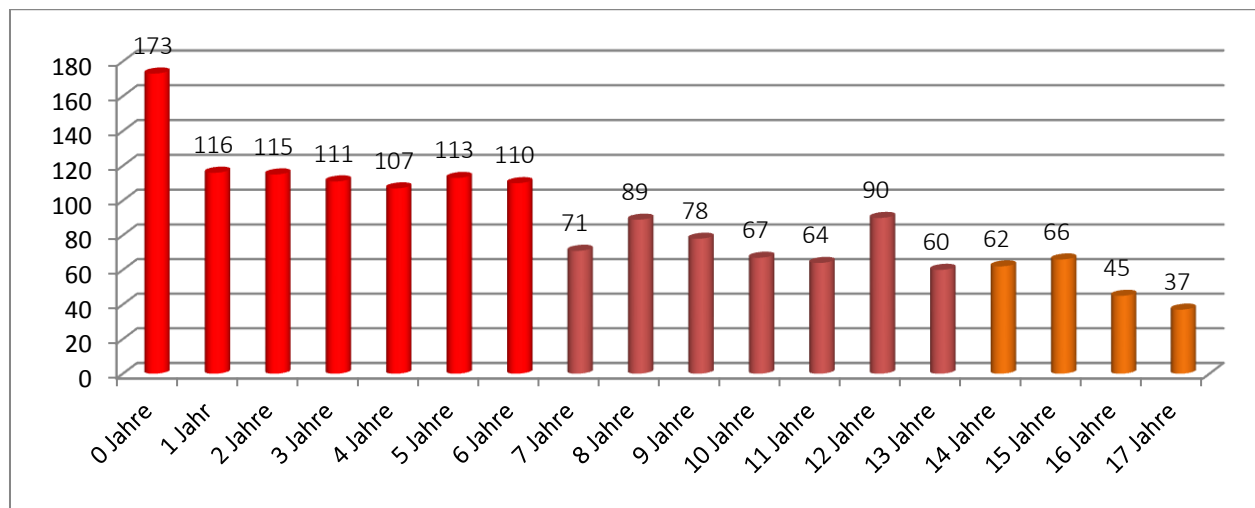
| KWG-Meldungen 2016 | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Alter des betroffenen Kindes / Jugendlichen | Anzahl der eingegangenen KWG-Meldungen | Stichtagszahl der jeweiligen Altersgruppe in Dresden lebender Kinder vom 31.12.2016 | Prozentualer Anteil zur Bevölkerungsanzahl dieser Altersgruppe in Dresden | Prozentuales Verhältnis zu allen eingegangenen KWG-Meldungen |
| 0 Jahre | 173 | 6182 | 2,80% | 10,99% |
| 1 Jahr | 116 | 6099 | 1,90% | 7,37% |
| 2 Jahre | 115 | 6077 | 1,89% | 7,30% |
| 3 Jahre | 111 | 5833 | 1,90% | 7,05% |
| 4 Jahre | 107 | 5677 | 1,88% | 6,79% |
| 5 Jahre | 113 | 5525 | 2,04% | 7,18% |
| 6 Jahre | 110 | 5429 | 2,02% | 6,99% |
| 7 Jahre | 71 | 5276 | 1,34% | 4,51% |
| 8 Jahre | 89 | 5125 | 1,73% | 5,65% |
| 9 Jahre | 78 | 4959 | 1,57% | 4,95% |
| 10 Jahre | 67 | 4611 | 1,45% | 4,25% |
| 11 Jahre | 64 | 4376 | 1,46% | 4,06% |
| 12 Jahre | 90 | 4332 | 2,08% | 5,72% |
| 13 Jahre | 60 | 4200 | 1,43% | 3,81% |
| 14 Jahre | 62 | 3948 | 1,57% | 3,94% |
| 15 Jahre | 66 | 3917 | 1,68% | 4,19% |
| 16 Jahre | 45 | 4093 | 1,10% | 2,85% |
| 17 Jahre | 37 | 4043 | 0,91% | 2,35% |
| gesamt: | 1574 = 1,75% | von 89702 | | ≈100,00% |

} = 53,7%

} = 33%

Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden und DUVA Internetassistent, Datei Einwohnermeldedaten Dresden zum Stichtag 31.12.2016

Graphische Darstellung der eingegangenen KWG-Meldungen von 2016 nach Alter des Kindes/ Jugendlichen zum Meldezeitpunkt



Quelle: Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Auch 2016 ist die überwiegend bestätigte Sorge um die besonders gefährdete Altersgruppe der 0 bis 6 jährigen Kinder in der Statistik deutlich wahrnehmbar. Allein rund 54 % aller eingegangenen KWG-Meldungen betreffen diese Altersgruppe. Davon sind 515 Kinder (= 32,7 %) zwischen 0 bis 3 Jahren. Ausgehend von der Tatsache, dass nur ca.10 % aller eingegangenen KWG-Meldungen sich als nicht zutreffend bestätigen, haben wir es hier mit einer besorgniserregend hohen Zahl an Kleinkindern und Säuglingen zu tun, welche unsere professionsübergreifende Aufmerksamkeit und Unterstützung dringend benötigen. Hier ist es vordergründige Aufgabe der ASD-Mitarbeiter/-innen Kindeswohlgesicherte, familienerhaltende und unterstützende Angebote zu installieren, welche nachhaltig wirken. Der Zugang zu präventiven Angeboten der Jugend- und Gesundheitshilfe sollte für diese Zielgruppe zeitnah, niederschwellig und themenzentriert zur Verfügung stehen, um insbesondere junge Eltern aus bildungsfernen, sozial schwachen Schichten sowie suchtmittelmissbrauchende Eltern zu erreichen und in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken. Eine gute und wirksam ineinander greifende Netzwerkstruktur ist diesbezüglich zwischen dem medizinischen Kinderschutz und dem Jugendamt Dresden entstanden und wirkt, wie im weiteren Verlauf noch dargestellt wird, hier zunehmend für alle Beteiligten zielführend. Ebenso mit dem Eigenbetrieb Kindertagesstätten und den freien Trägern der Jugendhilfe gibt es hierzu eine enge Zusammenarbeit.

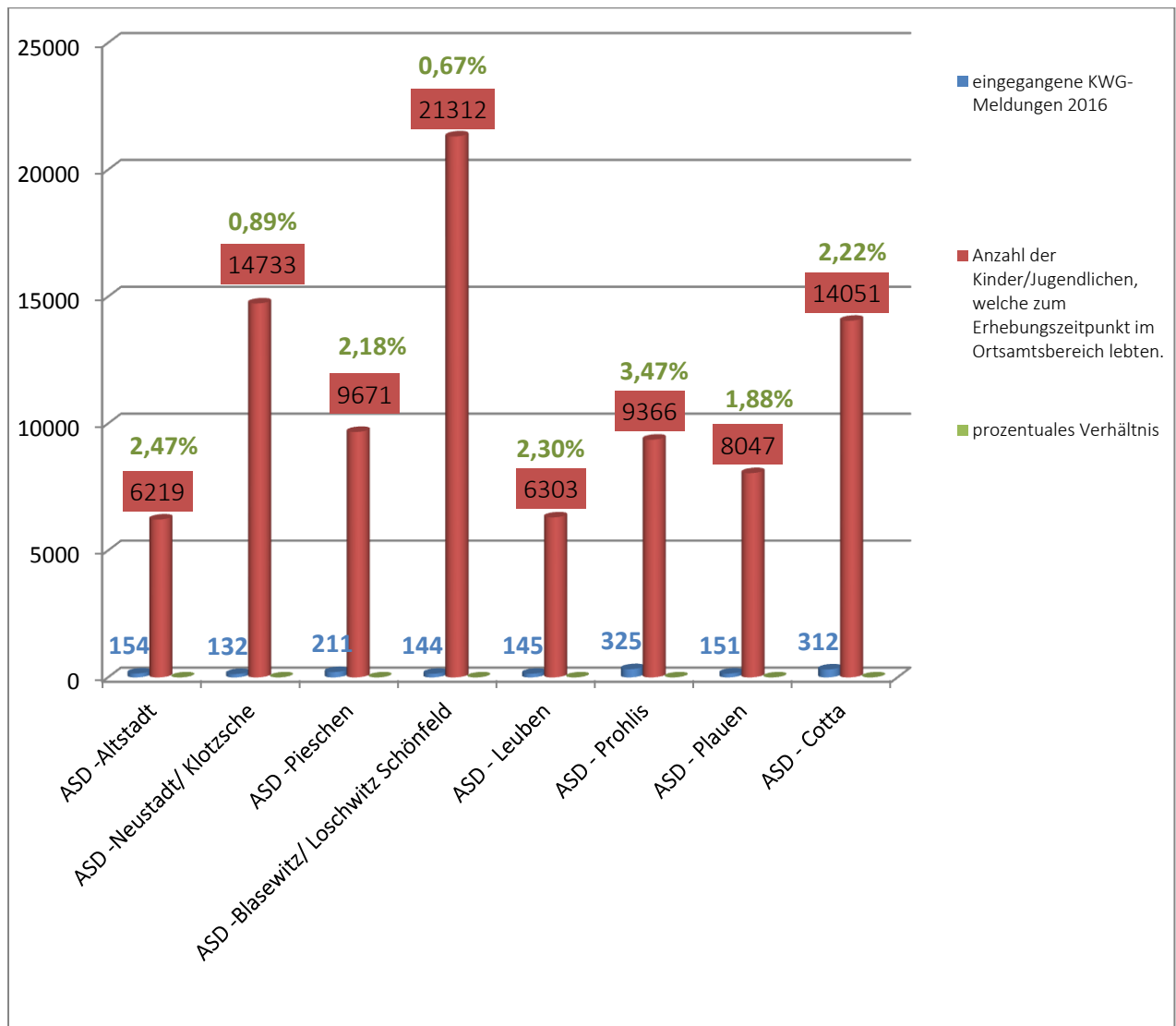
Verteilung der KWG-Meldungen nach Altersgruppen und Zuständigkeitsbereichen, sowie ins Verhältnis gesetzt zur Gesamtzahl aller Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppen, welche zum Erhebungszeitpunkt 2014, 2015 und 2016 im zugehörigen Ortsamtsbereich gelebt haben.

| | Jahr | ASD - Altstadt | ASD - Neustadt/ Klotzsche | ASD - Pieschen | ASD - Blasewitz/ Loschwitz Schönfeld | ASD - Leuben | ASD - Prohlis | ASD - Plauen | ASD - Cotta |
|--|------|----------------|------------------------------|----------------|--|--------------|---------------|--------------|-------------|
| KWG -Meldungen Alter 0 - 3 Jahre | 2014 | 47 | 59 | 87 | 51 | 53 | 100 | 51 | 176 |
| | 2015 | 68 | 40 | 69 | 42 | 47 | 109 | 42 | 142 |
| | 2016 | 41 | 40 | 68 | 47 | 56 | 98 | 53 | 103 |
| Gesamtzahl aller Kinder von 0 - 3 Jahren zum Erhebungszeitpunkt im OA - Bereich | 2014 | 1730 | 4009 | 2878 | 5242 | 1353 | 2126 | 2166 | 3869 |
| | 2015 | 1837 | 4027 | 2900 | 5269 | 1446 | 2215 | 2219 | 3884 |
| | 2016 | 1935 | 4049 | 2878 | 5375 | 1481 | 2230 | 2248 | 3995 |
| Verhältnis der KWG- Meldungen prozentual zur Gesamtzahl aller Kinder von 0 - 3 Jahren im OA- Bereich | 2014 | 2,71% | 1,47% | 3,02% | 0,97% | 3,91% | 4,70% | 2,35% | 4,54% |
| | 2015 | 3,7% ↗ | 0,99% ↘ | 2,37% ↘ | 0,8% ↘ | 3,25% ↘ | 4,92% ↗ | 1,89% ↘ | 3,65% ↘ |
| | 2016 | 2,12% ↘ | 0,98% ↘ | 2,36% ↘ | 0,87% ↗ | 3,78% ↗ | 4,39% ↘ | 2,36% ↗ | 2,58% ↘ |
| KWG- Meldungen Alter 4 - 6 Jahre | 2014 | 29 | 39 | 74 | 37 | 25 | 77 | 28 | 79 |
| | 2015 | 32 | 37 | 49 | 30 | 31 | 75 | 34 | 94 |
| | 2016 | 36 | 25 | 40 | 25 | 26 | 76 | 34 | 60 |
| Gesamtzahl aller Kinder von 4 - 6 Jahren zum Erhebungszeitpunkt im OA - Bereich | 2014 | 991 | 2714 | 1803 | 3790 | 1097 | 1645 | 1424 | 2502 |
| | 2015 | 1130 | 2780 | 1830 | 3762 | 1118 | 1637 | 1518 | 2611 |
| | 2016 | 1169 | 2776 | 1863 | 3886 | 1120 | 1631 | 1518 | 2668 |
| Verhältnis der KWG- Meldungen prozentual zur Gesamtzahl aller Kinder von 4 - 6 Jahren im OA- Bereich | 2014 | 2,92% | 1,43% | 4,10% | 0,97% | 2,27% | 4,68% | 1,96% | 3,15% |
| | 2015 | 2,83% ↘ | 1,33% ↘ | 2,67% ↘ | 0,8% ↘ | 2,77% ↗ | 4,58% ↘ | 2,24% ↗ | 3,6% ↗ |
| | 2016 | 3,08% ↗ | 0,9% ↘ | 2,15% ↘ | 0,64% ↘ | 2,32% ↘ | 4,66% ↗ | 2,24% = | 2,25% ↘ |
| KWG - Meldungen Alter 7 - 9 Jahre | 2014 | 25 | 32 | 45 | 29 | 27 | 42 | 32 | 59 |
| | 2015 | 22 | 19 | 47 | 24 | 27 | 64 | 23 | 75 |
| | 2016 | 26 | 26 | 36 | 23 | 19 | 51 | 19 | 35 |
| Gesamtzahl aller Kinder von 7 - 9 Jahren zum Erhebungszeitpunkt im OA - Bereich | 2014 | 797 | 2309 | 1589 | 3429 | 1017 | 1471 | 1152 | 2132 |
| | 2015 | 915 | 2467 | 1627 | 3606 | 1006 | 1556 | 1263 | 2250 |
| | 2016 | 961 | 2613 | 1646 | 3667 | 1047 | 1669 | 1339 | 2418 |
| Verhältnis der KWG- Meldungen prozentual zur Gesamtzahl aller Kinder von 7 - 9 Jahren im OA- Bereich | 2014 | 3,13% | 1,38% | 2,38% | 0,84% | 2,65% | 2,85% | 2,77% | 2,76% |
| | 2015 | 2,4% ↘ | 0,77% ↘ | 2,88% ↗ | 0,66% ↘ | 2,68% ↗ | 4,11% ↗ | 1,82% ↘ | 3,33% ↗ |
| | 2016 | 2,7% ↗ | 0,99% ↗ | 2,19% ↘ | 0,63% ↘ | 1,81% ↘ | 3,05% ↘ | 1,42% ↘ | 1,45% ↘ |

| | Jahr | ASD - Altstadt | ASD - Neustadt/ Klotzsche | ASD - Pieschen | ASD - Blasewitz/ Loschwitz Schönfeld | ASD - Leuben | ASD - Prohlis | ASD - Plauen | ASD - Cotta |
|--|------|----------------|------------------------------|----------------|--|--------------|---------------|--------------|-------------|
| KWG - Meldungen Alter 10 - 13 Jahre | 2014 | 18 | 42 | 40 | 42 | 41 | 40 | 27 | 73 |
| | 2015 | 21 | 33 | 42 | 40 | 29 | 50 | 24 | 64 |
| | 2016 | 37 | 25 | 32 | 28 | 25 | 50 | 31 | 53 |
| Gesamtzahl an Kindern von 10 - 13 Jahren zum Erhebungszeitpunkt im OA - Bereich | 2014 | 909 | 2614 | 1612 | 4144 | 1323 | 1801 | 1409 | 2374 |
| | 2015 | 1005 | 2753 | 1630 | 4214 | 1338 | 1868 | 1482 | 2514 |
| | 2016 | 1094 | 2870 | 1731 | 4349 | 1365 | 1935 | 1530 | 2645 |
| Verhältnis der KWG- Meldungen prozentual zur Gesamtzahl aller Kinder von 10 - 13 Jahren im OA- Bereich | 2014 | 1,98% | 1,60% | 2,48% | 1,01% | 3,09% | 2,22% | 1,91% | 3,07% |
| | 2015 | 2,08% ↗ | 1,19% ↘ | 2,57% ↗ | 0,95% ↘ | 2,16% ↘ | 2,67% ↗ | 1,62% ↘ | 2,54% ↘ |
| | 2016 | 3,38% ↗ | 0,87% ↘ | 1,85% ↘ | 0,64% ↘ | 1,83% ↘ | 2,58% ↘ | 2,02% ↗ | 2% ↘ |
| KWG - Meldungen Alter 14 - 17 Jahre | 2014 | 17 | 29 | 25 | 20 | 25 | 41 | 39 | 42 |
| | 2015 | 21 | 29 | 39 | 30 | 16 | 46 | 37 | 41 |
| | 2016 | 18 | 23 | 26 | 26 | 25 | 39 | 19 | 33 |
| Gesamtzahl an Kindern von 14 - 17 Jahren zum Erhebungszeitpunkt im OA - Bereich | 2014 | 857 | 2164 | 1445 | 3669 | 1209 | 1676 | 1275 | 2098 |
| | 2015 | 1001 | 2298 | 1549 | 3843 | 1241 | 1804 | 1429 | 2162 |
| | 2016 | 1060 | 2425 | 1553 | 4035 | 1290 | 1901 | 1412 | 2325 |
| Verhältnis der KWG- Meldungen prozentual zur Gesamtzahl aller Kinder von 14 - 17 Jahren im OA- Bereich | 2014 | 1,98% | 1,34% | 1,73% | 0,54% | 2,06% | 2,44% | 3,05% | 2,00% |
| | 2015 | 2,09% ↗ | 1,26% ↘ | 2,51% ↗ | 0,78% ↗ | 1,29% ↘ | 2,55% ↗ | 2,59% ↘ | 1,89% ↘ |
| | 2016 | 1,7% ↘ | 0,95% ↘ | 1,67% ↘ | 0,64% ↘ | 1,94% ↗ | 2,05% ↘ | 1,34% ↘ | 1,42% ↘ |

Quelle: DUVa Internetassistent, Datei Einwohner Meldedaten Dresden und Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden
(Erhebungszeitpunkt der Bevölkerungszahlen der jeweiligen Altersgruppen ist der 31.12. des genannten Jahres)

Auszug aus der zuvor dargestellten Tabelle mit der Abbildung der 2016 eingegangenen KWG-Meldungen je ASD im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Kinder/Jugendlichen zwischen 0-17 Jahren, welche im genannten Ortsamtsbereich zum Zeitpunkt leben.

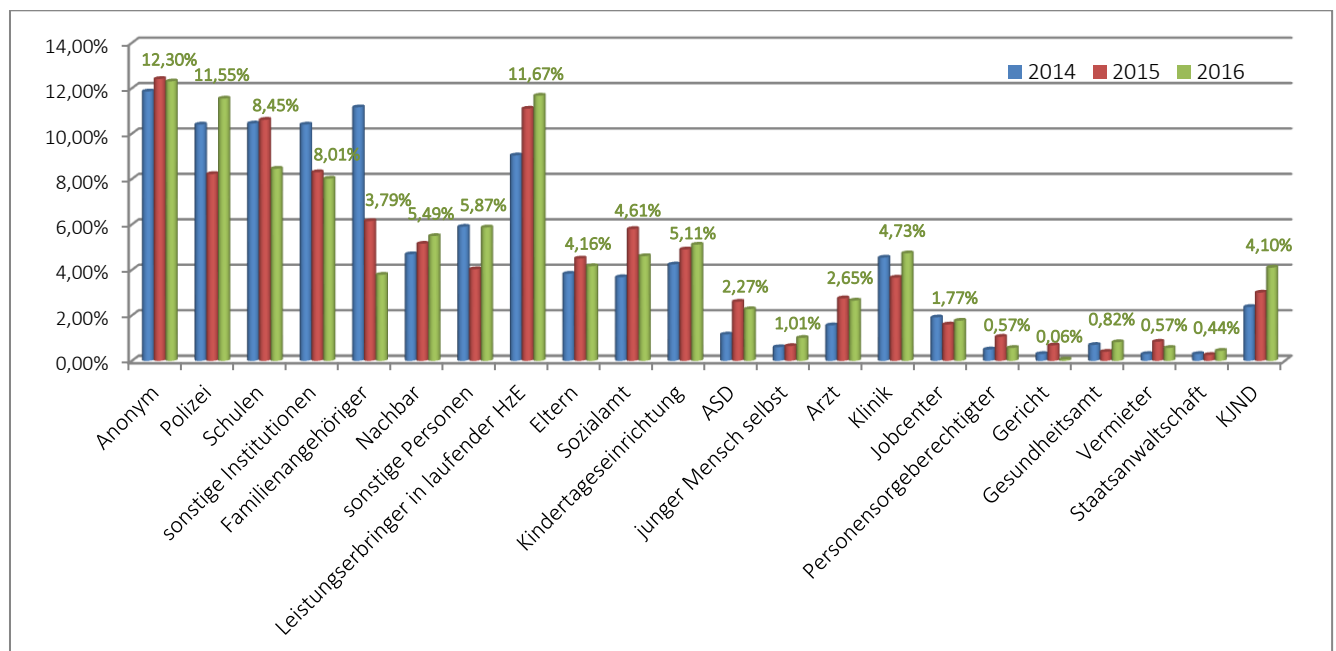


Quelle: DUVA Internetassistent, Datei Einwohner Meldedaten Dresden und Datenbanken OWFM Jugendamt / ASD Dresden
(Erhebungszeitpunkt der Bevölkerungszahlen der jeweiligen Altersgruppen ist der 31.12.2016)

Woher kamen in den vergangenen Jahren die KWG-Meldungen und in welcher Häufigkeit?

| Informant / Meldestelle | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| Anonym | 11,86% | 12,41% | 12,30% |
| Polizei | 10,40% | 8,22% | 11,55% |
| Schulen | 10,45% | 10,61% | 8,45% |
| sonstige Institutionen | 10,40% | 8,30% | 8,01% |
| Familienangehöriger | 11,16% | 6,15% | 3,79% |
| Nachbar | 4,69% | 5,15% | 5,49% |
| sonstige Personen | 5,90% | 4,03% | 5,87% |
| Leistungserbringer in laufender HzE | 9,04% | 11,10% | 11,67% |
| Eltern | 3,83% | 4,50% | 4,16% |
| Sozialamt | 3,68% | 5,80% | 4,61% |
| Kindertageseinrichtung | 4,24% | 4,90% | 5,11% |
| ASD | 1,16% | 2,60% | 2,27% |
| junger Mensch selbst | 0,60% | 0,65% | 1,01% |
| Arzt | 1,56% | 2,75% | 2,65% |
| Klinik | 4,54% | 3,66% | 4,73% |
| Jobcenter | 1,91% | 1,60% | 1,77% |
| Personensorgeberechtigter | 0,50% | 1,06% | 0,57% |
| Gericht | 0,30% | 0,68% | 0,06% |
| Gesundheitsamt | 0,70% | 0,40% | 0,82% |
| Vermieter | 0,30% | 0,84% | 0,57% |
| Staatsanwaltschaft | 0,30% | 0,26% | 0,44% |
| KJND | 2,37% | 3,00% | 4,10% |

Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden



Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Unverändert hoch ist in Dresden auch 2016 wieder der Anteil der eingegangenen KWG-Meldungen durch anonyme Meldepersonen. Leider wird die umfängliche, fachliche und rechtlich korrekte Abklärung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdungsmeldung für die ASD-Mitarbeiter/-innen durch die Anonymität der Meldeperson/-institution häufig erschwert. Es ist bei dieser Ausgangssituation leider nicht gegeben zu einzelnen Inhalten detailliertere Nachfragen vornehmen zu können. Sollte sich dann bei einem Hausbesuch oder Kontakt mit der Familie die gemeldete Gefährdung nicht augenscheinlich bestätigen, gestaltet sich die Aufnahme von Indizien, die eine Gefährdung belegen dann oft sehr schwierig.

An zweiter Stelle, neben den bisher häufig vertretenen Meldeinstitutionen der „Leistungserbringer aus laufenden Hilfen zur Erziehung (HzE)“ wurde 2016 die Polizei erfasst. Zunehmend häufiger werden durch die Polizei bei Einsätzen im häuslichen Umfeld kindeswohlgefährdende Umstände wahrgenommen. Vorgänge bei denen Kinder direkt oder indirekt am Delikt der Eltern oder anderer Familienangehöriger beteiligt sind, werden inzwischen nicht mehr nur parallel bearbeitet, sondern regelmäßig auch als Mitteilung an das Jugendamt gegeben. Hier zeigen in verschiedenen Fachgremien erarbeitete Netzwerkstrukturen eine positive Wirkung in der Zusammenarbeit.

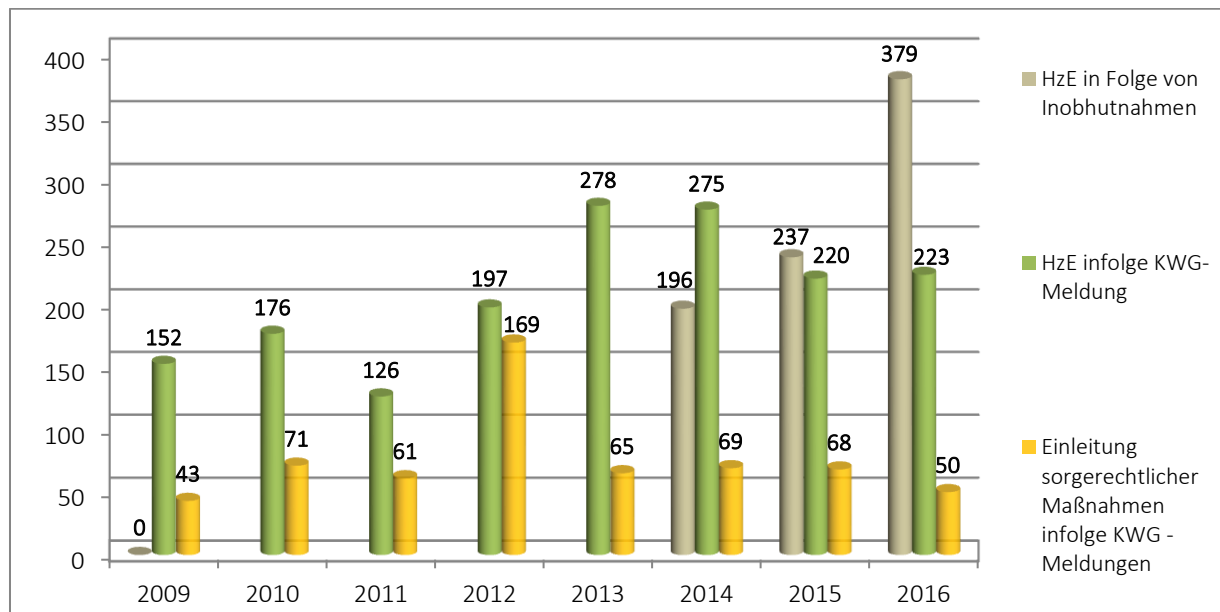
Die eingegangenen KWG-Meldungen von Leistungserbringer aus laufenden HzE sind in den vergangenen Jahren stetig angestiegen. Vermutliche Ursache hierfür kann ein starkes Bedürfnis der Helfer/-innen vor Ort in den Familien, zur Verlagerung der Verantwortung auf „mehrere Schultern“ sein. Ebenso aber auch die unterschiedliche fachliche Wahrnehmung einer „bedarfsgerechten Hilfe zur Selbsthilfe“ und damit einhergehend aus Sicht der freien Träger „ein zu Wenig“ an bewilligter Hilfe. Hierzu ist es angezeigt mit den Trägern der freien Jugendhilfe in einem regelmäßigen, fachlichen Diskurs Stolpersteine in der Ausführung der Hilfen zur Erziehung ehrlich und wertschätzend zu thematisieren und Lösungen zu erarbeiten.

Nur knapp 7,5 % aller KWG-Meldungen kommen aus Krankenhäusern/Kliniken und von niedergelassenen Ärzten. Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der KWG-Meldungen zu Kleinkindern bis 6 Jahre bei rund 54% liegt und die Ärzteschaft in dieser Altersgruppe, neben Kindergarten und -krippe oft die einzige Berufsgruppe ist, welche Zugang zu den Kindern hat, erscheint die Zahl auf den ersten Blick gering. Hierzu sei anzumerken, dass das Jugendamt Dresden in engem Kontakt mit den Kliniken steht und zum Thema Kinderschutz eine sehr hoch qualifizierte Fallarbeit institutionsübergreifend stattfindet. An Hand der Statistiken der Uniklinik Dresden und des Krankenhauses Dresden Neustadt sind im vergangenen Jahr 306 Kinderschutzfälle bearbeitet wurden. Davon gehörten 170 Fälle in den Zuständigkeitsbereich von Dresden. Von den 170 Dresdner Fällen, wo sich der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bestätigte oder mehrere Risikofaktoren vorlagen, konnten die medizinischen Fachkräfte mit Unterstützung der Kinderschutzgruppe die reichliche Hälfte intern durch Beratungen der Eltern und Vermittlung in geeignete Hilfenetzwerke abwenden. Nur etwa 45% der Fälle wurden als KWG an das Jugendamt gemeldet. Dies betrifft meist Fälle wo der Zugang zu den Sorgeberechtigten im Sinne des Kindeswohls nicht gelingt, eine Vermittlung in geeignete niederschwellige Angebote fehlschlägt bzw. nicht Bedarfsgerecht ist. Oft ist auch die Mitwirkungsbereitschaft der Sorgeberechtigten im Sinne des Kindeswohls zu dem Zeitpunkt der Intervention nicht gegeben. Weiter zeigt die Statistik der medizinischen Kinderschutzgruppe, dass 54% aller durch die Ärzteschaft in 2016 bearbeiteten Fälle Kleinkinder unter 3 Jahren betraf. In 72 Fällen lag der Verdacht auf Drogenkonsum oder ein bestätigter Suchtmittelkonsum vor.

Eingeleitete Maßnahmen des ASD nach geprüften KWG-Meldungen:

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--|------|------|------|------|------|------|------|
| HxE in Folge von Inobhutnahmen | Diese Erfassung erfolgte bisher nicht! | | | | | 196 | 237 | 379 |
| HxE infolge KWG-Meldung | 152 | 176 | 126 | 197 | 278 | 275 | 220 | 223 |
| Einleitung sorgerechtlicher Maßnahmen infolge KWG - Meldungen | 43 | 71 | 61 | 169 | 65 | 69 | 68 | 50 |

Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden



Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Bei akuten Kindeswohlgefährdungsmeldungen, bei denen keine sofortige und nachhaltige Gefahrenabwehr im Familiensystem möglich ist, erfolgt zum Schutz des Kindes/Jugendlichen eine Inobhutnahme. Die sich daran oft anschließenden Hilfen zur Erziehung haben auf Grund der zunehmenden Komplexität der Fallverläufe in den vergangenen Jahren fast eine Verdoppelung erfahren. Dementgegen sind die Hilfen zur Erziehung, welche nach einer bestätigten KWG eingeleitet wurden, trotz steigender Bevölkerungszahlen in den vergangenen Jahren relativ beständig geblieben. Ebenso die eingeleiteten sorgerechtlichen Maßnahmen zeigen in den vergangenen Jahren etwa gleichbleibende Werte.

Hilfegewährungen in 2015 und 2016 durch den ASD-Dresden, unterteilt nach Ausgangssituationen die einer KWG-Meldung nach der Prüfung zu Grunde lagen, sowie nach gewährter Hilfeart:

| Art der Hilfe nach SGB VIII | Hilfegewährung nach KWG-Meldung, welcher eine Inobhutnahme folgte | | Hilfegewährung nach KWG - Meldung | |
|-----------------------------|---|------------|-----------------------------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2015 | 2016 |
| § 19 | 10 | 9 | 7 | 4 |
| § 27 | 3 | 6 | 12 | 8 |
| § 28 | 2 | 1 | 6 | 6 |
| § 29 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| § 30 | 5 | 14 | 15 | 33 |
| § 31 | 30 | 37 | 116 | 110 |
| § 32 | 2 | 0 | 8 | 5 |
| § 33 (stat.) | 24 | 32 | 3 | 8 |
| § 34 (stat.) | 153 | 269 | 44 | 42 |
| § 35 (stat.) | 3 | 0 | 0 | 0 |
| § 35a | 4 | 3 | 5 | 2 |
| § 41 i. V. m. § 30 amb. | 0 | 3 | 3 | 0 |
| § 41 i. V. m. § 34 (stat.) | 0 | 5 | 0 | 1 |
| § 42 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Gesamt HzE: | 237 | 379 | 220 | 223 |

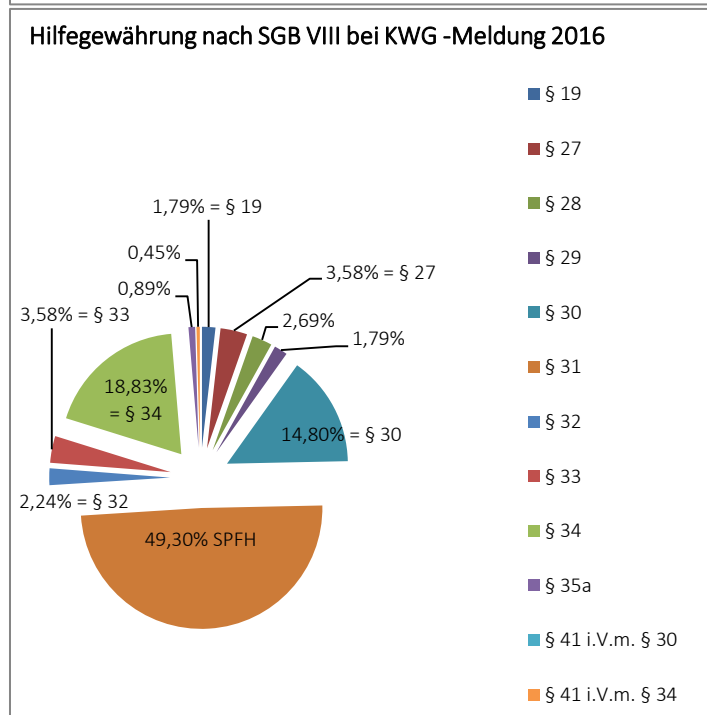
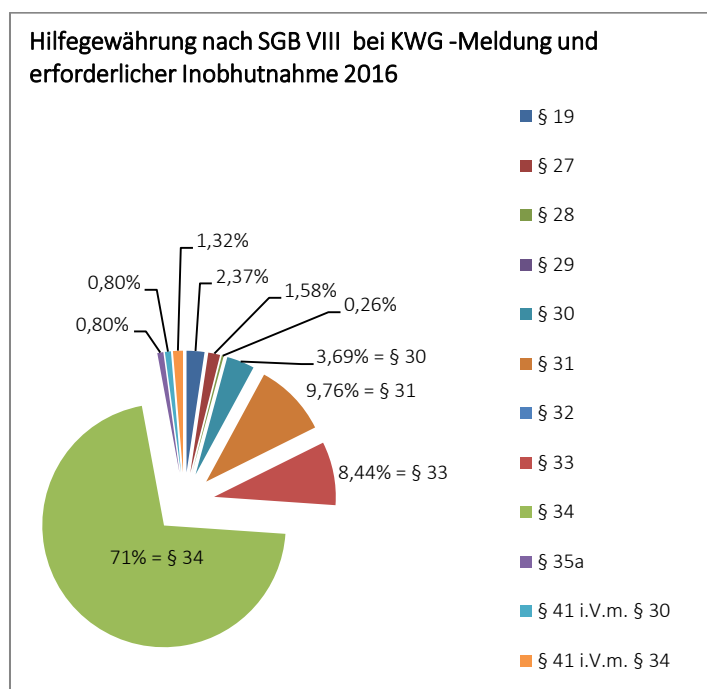
Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Auffällig, bei rückwärtiger Betrachtung, ist ein starker Anstieg stationärer Hilfen (§ 34 SGB VIII) von 2015 zu 2016. Dies betrifft Fälle, bei welchen sich nach erfolgter Abprüfung der Kindeswohlgefährdungssituation eine Inobhutnahme des Kindes/ Jugendlichen erforderlich machte und daran anschließend eine Hilfe zur Erziehung eingeleitet wurde. **Handelt es sich hier um Inobhutnahmen von minderjährigen Flüchtlingen? (116 Fälle mehr) Oder werden diese Inobhutnahmen nicht in der KWG-Statistik gezählt?**

Ebenso die Installierung der ambulanten Einzelfallhilfe nach § 30 SGB VIII erfolgte in 2016 durch den ASD verstärkter. Sowohl nach erfolgter KWG- Abprüfung, als auch nach Inobhutnahmen durch bestätigte KWG-Meldung.

An Hand der folgenden graphischen Darstellung ist die Verteilung gut erkennbar.

Graphische Darstellung der zuvor aufgeführten Tabelle zur Hilfestellung nach SGB VIII im Jahr 2016



Quelle: Datenbank OWFM Jugendamt / ASD Dresden

Fwd: KJHG-Therapeutenliste



Vollansicht



Von: ronpraxis@web.de

27.04.2018 um 19:33 Uhr

Am 09.04.2018 um 14:27 schrieb Heidrun.Kohlhaas@senbjf.berlin.de:

Ach ja, und wir haben insgesamt derzeit 345 Leistungsanbieter Psychotherapie. LG
H.K.

Heidrun Kohlhaas

1

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie

Heidrun Kohlhaas

St.-Z.: III D 33

Grundsatz und Koordinierung Qualitätsentwicklung

Bernhard-Weiß-Str. 6

10178 Berlin

Tel. 030 90227 5311

intern (9227) 5311

Fax 030 90227 5037

www.berlin.de/sen/jugend/recht/rahmenvertraege/brvjug/#rahmenvertrag

www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/hilfe-zur-erziehung

www.berlin.de/sen/jugend/jugend/hilfe-fuer-junge-volljaehrige

Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie Reinickendorf

(Nur zum Fachdienstgebrauch, nicht zur Weitergabe an Klienten/Patienten !)

Stand Januar 2018

1. Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche (KJHG, alle Verfahren)

| | | | | | |
|---|--|---|--------------|--|--------------|
| <u>Frohnau/ Hermsdorf</u> | Damerow, Petra | Berliner Str. 118 petra.damerow@gmx.de | 13467 Berlin | 40 50 71 35 | |
| | Hausburg, Andreas | Am Ried 25 andreashausburg@gmx.de | 13467 Berlin | 404 87 79 | |
| <u>Waidmanns- lust</u> | Pleß-Adamczyk Heino (auch Kasse-TP) | Ortwinstr. 28 info@gestalt-zentrum-frohnau.de | 13465 Berlin | 401 40 64 | |
| | Letterland | | | | |
| | Brandt - Kordt Pauline | Zabel-Krüger-Damm 50 pauline.brandt-kordt@letterland-berlin.de | 13469 Berlin | 402 90 80 (Praxis 4030 3332) | |
| | Simsch, Oliver | Zabel-Krüger-Damm 50 oliver.simsch@letterland-berlin.de | 13469 Berlin | 402 90 80 | |
| | Uth, Wolf-Rüdiger | Zabel-Krüger-Damm 50 wolf-ruediger.uth@letterland-berlin.de | 13469 Berlin | 402 90 80 4985 3067 | |
| | Gaugel-Weber Monika | Zabel-Krüger-Damm 50 monika.gaugel-weber@letterland-berlin.de | 13469 Berlin | 402 90 80 | |
| | Helm, Hannelore | Zabel-Krüger-Damm 50 hannelore.helm@letterland-berlin.de | 13469 Berlin | 402 90 80 | |
| | Ditz-Lazar, Christine | Zabel-Krüger-Damm 50 ch.ditz@freenet.de | 13469 Berlin | 402 90 80 | |
| | Leßmann, Hella | Düsterhauptstr. 7 h.lesmann@kiju-online.de zaumseil@zedat.fu-berlin.de | 13469 Berlin | 2390 7954 0151-1787 1533 | |
| | Jaschek, Heike | Düsterhauptstr. 7 heicahu@aol.com | 13469 Berlin | 0178-7983049 | |
| <u>Märkisches Viertel / Wittenau Heiligensee Konrads- höhe</u> | Dehling, Peter | Wilhelmsruher Damm 119 dehling.p@web.de | 13439 Berlin | 415 62 67 0175 808 5231 | |
| | Hagenow-Brandt Gudrun (auch Kasse TP) | Buntspechtstr. 11a hagenow-brandt@t-online.de | 13505 Berlin | 436 11 11 | |
| | Brandt, Stefan | Buntspechtstr. 11a stefan.brandt@tu-berlin.de | 13505 Berlin | 436 11 11 | |
| <u>Tegel / Borsigwalde</u> | Nayeri , Gabriele | Moorweg 79 (Raum im LZ) babsi@nayeri.de | 13509 Berlin | 431 99 41 | |
| | NL-Teach-Center Jäger, Gerd Jäger, Angelika | Alt-Tegel 13 nlteach@t-online.de info@nlteach.de | 13507 Berlin | 41 77 79 99 | |
| | Victor, Petra | Brunowstr. 4 p.victor_n.bol@t-online.de | 13507 Berlin | 405 717 24 | |
| | Stoffler, Gabriele | Schlieperstr. 4 g.stoffler@web.de | 13507 Berlin | 4355 7844 | |
| | Egwerth-Roer, Jasmin | Alt-Tegel 27 j.roer@gmx.de | 13507 Berlin | 433 16 30 | |
| <u>Reinicken- dorf</u> | Anne Friderichs | Ollenhauerstr. 65 a a.frideri@web.de | 13403 Berlin | 413 21 25 | |
| | Stiebitz, Martina | Granatenstr. 35 stiebitzm@aol.com | 13409 Berlin | 492 66 58 | Plätze frei! |
| | Sperling, Anja KJP-VT Elsner, Doreen KJP-VT | Emmentaler Str. 102 sperling@psychotherapie-in-reinickendorf.de elsner@psychotherapie-in-reinickendorf.de | 13407 Berlin | 1202 2214 0176 6327 7835 1202 0992 0176 9906 8903 | |

Die Therapeutenliste des KJPD Reinickendorf erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

| | | | | | | |
|--|---|---|--------------|---------------------------|--|--|
| | | reinickendorf.de | | | | |
| | LZ-Nord / Fr. Flicke Anmeldung | Senftenberger Ring 8 sabine-monika.flicke@t-online.de | 13469 Berlin | 4193 8440 0171-1843490 | | |
| | Akkad, Mohamed (auch Kasse) PP-VT | Vierwaldstätter Weg 4 akkadm@gmail.com | 13407 Berlin | 455 60 53 455 4745 | | |
| | Brändl, Andreas PP-TP | Barfusstr. 17 andreas.braendl@gmx.net | 13349 Berlin | 452 96 89 | | |
| | Brück, Marnie KJP-VT | Vierwaldstätter Weg 4 marnie.brueck@gmail.com | 13407 Berlin | 455 60 53 | | |
| | Richterich, Janine PP-VT | Vierwaldstätter Weg 4 janine.richterich@gmail.com | 13407 Berlin | 455 60 53 0179-1490841 | | |
| | Hamann, Meike PP-VT | Vierwaldstätter Weg 4 Meike.hamann@gmail.com | 13407 Berlin | 455 60 53 | | |
| | Muluk-Ünal, Nadide KJP-VT | Holländerstr. 22 nadide.muluk@freenet.de | 13407 Berlin | 4005 9410 | | |
| | Knoeller, Ariane KJP-TP | Barfusstr. 17 relleonk@yahoo.de | 13349 Berlin | 452 96 90 | | |

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Dresden, den 27.06.2018

